



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

Promoção do Conforto da Pessoa Vítima de Trauma: Intervenção Especializada de Enfermagem

Ana Margarida Martins Matias

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa em Situação crítica

Promoção do Conforto da Pessoa Vítima de Trauma: Intervenção Especializada de Enfermagem

Ana Margarida Martins Matias

**Relatório de Estágio orientado por
Professora Doutora Anabela Mendes**

2015

AGRADECIMENTOS

E porque o caminho não se faz sozinho, quero agradecer a todas as pessoas que diretamente ou indiretamente contribuíram para o desenvolvimento deste percurso académico que culminou com a realização deste relatório.

Nomeadamente aos enfermeiros orientadores de cada campo de estágio e aos enfermeiros integradores das equipas de cuidados que tive a oportunidade de conhecer, pelos saberes partilhados e por me guiarem neste percurso.

À Prof^a Anabela Mendes pela orientação deste relatório e por me indicar o caminho certo a tomar, que sem o seu acompanhamento não teria sido possível chegar onde cheguei.

Às minhas colegas deste mestrado pela amizade e por todo o apoio.

Aos meus colegas de trabalho e chefias por terem permitido a facilitação do horário para conseguir conciliar o trabalho com os momentos de aprendizagem.

E por fim, mas não menos importante, à minha família e aos meus amigos pelo apoio incondicional e compreensão pelos momentos em que não me foi possível estar tão presente.

LISTA DE SIGLAS

ABCDE – *Airway, breathing, circulation, disability and exposure*

ATCN – *Advanced Trauma Care for Nurses*

ATLS – *Advanced Trauma Life Support*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CAM-ICU – *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit*

CMEPSC – Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

DGS – Direção Geral de Saúde

ECMO – *Extra Corporeal Membrane Oxygenation*

ENA – *Emergency Nurses Association*

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FGHI – *Vital signs and family presence, Give comfort, history and inspect*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SAV – Suporte Avançado de Vida

SO – Sala de Observação

STN – *Society of Trauma Nurses*

SU – Serviço de Urgência

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TCE – Traumatismo Craneo Encefálico

TNCC – *Trauma Nursing Core Course*

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

VV – Via Verde

RESUMO

O caminho percorrido rumo à aquisição e desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, encontra-se refletido no presente relatório. A escolha da temática “A Promoção do Conforto da Pessoa Vítima de Trauma – Intervenção Especializada de Enfermagem” resultou de motivações intrínsecas pela crescente problemática relacionada com o trauma e sendo o conforto um resultado esperado pela implementação de intervenções de enfermagem (Kolcaba, 2003) o entendimento da sua multidimensionalidade é uma intervenção especializada. Para Benner (2001) confortar é uma competência do enfermeiro. As pessoas vítimas de trauma grave exigem cuidados de enfermagem diferenciados e complexos e a promoção do conforto procura uma prática centrada na perspetiva do doente que se encontra em sofrimento num ambiente altamente tecnológico. De forma a nortear o processo formativo, a Teoria do Conforto de Kolcaba e o quadro concetual oferecido por Benner serviram de sustentação ao desenvolvimento de competências nesta área.

Para desenvolver competências na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e mais especificamente no âmbito da promoção do conforto da pessoa vítima de trauma, foi realizado um estágio que decorreu inicialmente num serviço de urgência e posteriormente numa unidade de cuidados intensivos. No presente documento é apresentada a fundamentação do tema e o enquadramento teórico. De seguida é apresentada a análise do processo de desenvolvimento de competências concretizada em cada um dos locais onde decorreu o estágio. Analisou-se a experiência vivida nos dois campos de estágio, descrevendo as atividades realizadas e explanando as competências desenvolvidas.

Este relatório espelha a reflexão sobre a prática, o questionamento sobre temas complexos, os subsídios que resultaram da interação com peritos, os momentos de aprendizagem e a mobilização de saberes, em suma o culminar de uma apropriação de competências.

Palavras-chave: Pessoa vítima de trauma, conforto, enfermagem.

ABSTRACT

The process of acquisition and development of expert skills in Nursing to the Person in Critical Situation, is presented in this report. The choice of the theme "Promotion of the Comfort of the Trauma Victim - Specialized Nursing Intervention" resulted from intrinsic concern for the growing problems related to trauma, and being comfort a result expected upon the implementation of nursing interventions (Kolcaba, 2003), the understanding of its multidimensionality is a specialized intervention. For Benner (2001), to comfort is a skill of the nurse. Victims of severe trauma require different and complex nursing care and the promotion of comfort focuses on a practice centered on the patient's perspective who is suffering in a highly technological environment. The training process was guided by the Kolcaba Comfort Theory and the conceptual framework offered by Benner.

In order to develop skills in the Area of Expertise in Nursing to the Person in Critical Situation and more specifically in promoting the comfort of a trauma victim, an internship took place initially in the emergency department and later in the intensive care unit. This document presents the rationale of the topic and the theoretical framework. It is then presented the analysis of the skills development process implemented in each of the places during which the internship was held. The experience in both internship environments is analyzed, describing the activities carried out and explaining the skills developed.

This report highlights a reflection on the practice, the questioning of complex topics, the subsidies that resulted from interaction with experts, the learning moments and the mobilization of knowledge; in short, the culmination of an appropriation of skills.

Keywords: Person victim of trauma, comfort, nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
1. FUNDAMENTAÇÃO DO TEMA.....	11
1.1 REVISÃO DA LITERATURA	11
1.2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
2. ANÁLISE DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	23
2.1 CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	25
2.2 CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57

APÊNDICES

- APÊNDICE 1 - SESSÃO DE FORMAÇÃO "PROMOÇÃO DO CONFORTO DA PESSOA VÍTIMA DE TRAUMA" NO SU
- APÊNDICE 2 – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO "PROMOÇÃO DO CONFORTO DA PESSOA VÍTIMA DE TRAUMA" NO SU
- APÊNDICE 3 – RESUMO DO POSTER “AVALIAÇÃO DO DELÍRIO DO DOENTE EM UCI COM VISTA À PROMOÇÃO DO CONFORTO ”
- APÊNDICE 4 – POSTER “AVALIAÇÃO DO DELÍRIO DO DOENTE EM UCI COM VISTA À PROMOÇÃO DO CONFORTO ”

ANEXOS

- ANEXO 1 – APRECIÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO SU
- ANEXO 2 – APRECIÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA UCI
- ANEXO 3 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO EM JORNADAS E DO PRÉMIO RECEBIDO PELO MELHOR POSTER APRESENTADO

ÍNDICE DE FIGURAS

Diagrama 1 - Tríade dos cuidados orientados para o conforto do doente.....**22**

Diagrama 2 - Planeamento de cuidados à pessoa vítima de trauma no SU....**37**

Diagrama 3 - Planeamento de cuidados à pessoa vítima de trauma na UCI...**52**

INTRODUÇÃO

A necessidade de adquirir e desenvolver novas competências técnico-científicas e relacionais que possibilitam uma abordagem humana de excelência levou-me à frequência do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC). Como em qualquer processo de aprendizagem, está implícito a necessidade de refletir e repensar na ação. Na disciplina de Enfermagem não podia ser diferente, o conhecimento das teorias, modelos, autores, seria ineficiente para uma prática de excelência se não for considerada a reflexão e a procura de uma compreensão aprofundada da complexidade do processo de cuidados.

A enfermagem surge como prática profissional pelo trabalho desenvolvido por Florence Nightingale e desde então evoluiu para acompanhar as crescentes exigências e necessidades de cuidados de saúde dos cidadãos, tendo-se desenvolvido para dar resposta a uma prática profissional cada vez mais complexa e diferenciada (Silva, 2007).

De acordo com o artigo 88.º do Código Deontológico, inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE) republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, o enfermeiro deve procurar a excelência do exercício através da “atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.79).

A formação desempenha então um papel fundamental no processo de construção e desenvolvimento de cada enfermeiro, uma vez que, não é um momento isolado, mas sim um processo contínuo, sempre com o intuito de adquirir saberes específicos e de desenvolver novas competências (Garrido, Simões, & Pires, 2008). O objetivo da formação consiste em contribuir para o desenvolvimento de um enfermeiro cujo perfil é determinado tanto por conhecimentos como por aptidões (Hesbeen, 2000). É nesta atualização permanente de saberes que se fundamenta a necessidade de formação e aprendizagem ao longo da vida profissional, exigindo do enfermeiro investimento e motivação.

O presente relatório surge no âmbito do 4º CMEPSC da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (PSC). Para atingir os objetivos que explicitarei adiante tive em consideração alguns documentos orientadores para a concretização deste Mestrado, designadamente as competências e os objetivos do ciclo de estudos do CMEPSC, os Descritores de Dublin do 2º ciclo, os regulamentos emitidos pela OE relativos às Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC.

Segundo o Modelo de Dreyfus de aquisição de competências proposto por Benner (2001) o desenvolvimento de competências implica a transição entre níveis que se inicia no principiante e culmina no nível de perito, neste processo de crescimento profissional a evolução de níveis envolve a apreensão de conhecimentos através do tempo e da experiência, com recurso à aprendizagem experiencial e ao raciocínio crítico para a tomada de decisão.

Os contextos de cuidados críticos e urgência são dotados de características específicas e pressupõe que o enfermeiro que desenvolve a sua atividade profissional nesses contextos esteja também munido de competências teórico-práticas que lhe permita dar a melhor resposta às situações que envolvem a PSC.

A escolha do tema “Promoção do Conforto da Pessoa Vítima de Trauma – Intervenção Especializada de Enfermagem” foi determinada por motivações inerentes ao exercício de cuidados e por ser uma área de interesse pessoal.

A pessoa vítima de trauma grave é por si só uma PSC com necessidades particulares, que se encontra abruptamente numa situação de maior fragilidade experienciando sensações de mal-estar, dor, ansiedade, medo, desconforto, entre outras (Wright, 2011). Torna-se por isso um desafio para os profissionais de saúde cuidar destes doentes de forma holística, uma vez que estes foram subitamente desenraizados do seu ambiente sócio-familiar e vivenciam uma experiência traumática.

Em diversos momentos a pessoa vítima de trauma manifesta ansiedade, inquietação, desconforto, queixas algícas e requisita a presença da família, implicando a equipa de cuidados na resposta às suas necessidades. Sendo o conforto um resultado esperado pela implementação de intervenções de enfermagem (Kolcaba, 1994; Kolcaba, 2003) o entendimento da sua multidimensionalidade é uma intervenção especializada.

Com o presente relatório tenho como finalidade tornar evidente como foram desenvolvidas as competências necessárias à obtenção de grau de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em PSC. Para o percurso formativo desenvolvido em estágio foram delineados os seguintes objetivos:

- Desenvolver competências especializadas ao nível de perito na prestação de cuidados à PSC e da sua família em ambiente de Serviço de Urgência (SU) e em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)
- Desenvolver competências especializadas no âmbito da Promoção do Conforto da Pessoa Vítima de Trauma e da sua família

Para dar resposta aos objetivos propostos, previamente foi submetido um projeto onde foram explanadas as atividades e as estratégias a implementar no sentido de aquisição de competências. De forma a concretizar o projeto e desenvolver as competências esperadas foram realizados dois estágios, inicialmente num SU e posteriormente numa UCI.

O presente relatório encontra-se dividido em dois capítulos. O primeiro diz respeito à fundamentação do tema assente na revisão da literatura, seguido do enquadramento teórico onde se articula o quadro de referência de enfermagem com o tema a trabalhar. O segundo capítulo é dividido em dois subcapítulos onde é abordada e apresentada a análise do processo de desenvolvimento de competências realizada em cada um dos estágios. No final são apresentadas as considerações finais. Em apêndices surgem as atividades realizadas durante os estágios e em anexos figuram as apreciações dos enfermeiros orientadores de cada estágio em relação ao processo de aquisição e desenvolvimento de competências.

1. FUNDAMENTAÇÃO DO TEMA

A apropriação do tema compreendeu uma revisão de literatura, procurando a mais recente e significativa evidência científica produzida. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica com recurso à plataforma de bases de dados EBSCOHost utilizando as palavras-chave: *Trauma Patient, Critically Ill, Emergency Department, Comfort, Nursing Care, Critical Care*. Foram ainda consultados documentos publicados por autores de referência para a área em estudo, nomeadamente *World Health Organization*, Direção Geral da Saúde (DGS), *Emergency Nurses Association* (ENA) e *Society of Trauma Nurses* (STN).

Neste capítulo é apresentada primeiramente a contextualização do tema, onde se definem alguns conceitos: como tem evoluído a abordagem à pessoa vítima de trauma e a importância da promoção do conforto em trauma. De seguida é explicitada a fundamentação teórica do tema que enquadra as correntes de pensamento em enfermagem com o tema a trabalhar.

1.1 Revisão da literatura

O trauma continua a ser uma importante causa de mortalidade e morbilidade em todo o Mundo, correspondendo a cerca de 5.8 milhões de mortes por ano a nível mundial e prevê-se que em 2020 mais do que 1 em 10 mortes seja provocada por trauma (American College of Surgeons - Committee on Trauma, 2012). Segundo os mesmos autores os acidentes de viação e de trabalho, as quedas, as tentativas de suicídio e a violência interpessoal são os fatores etiológicos mais importantes no trauma. O trauma é a principal causa de morte em pessoas com menos de 44 anos de idade, sendo a sua grande maioria resultante de acidentes de viação (Urden, Stacy, & Lough, 2014). Segundo o Relatório Anual de Sinistralidade Rodoviária (Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, 2014) em 2013 ocorreram em Portugal Continental 518 mortes e 2054 feridos graves decorrentes de acidentes de viação. Embora seja um número inferior ao verificado em 2012, representa ainda um grave problema.

Como definição, traumatismo é um conjunto de manifestações locais ou gerais provocadas por uma ação violenta de um agente traumático contra o organismo (Manuila, Manuila, & Lewalle, 2003). A pessoa vítima de trauma apresenta lesões que resultaram da força e movimentos envolvidos durante o incidente, de acordo com a gravidade das lesões muitas vezes é considerada uma PSC. Segundo a OE, considera-se uma PSC “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”. (Ordem dos Enfermeiros, 2010b, p.1)

Desde cedo que surgiu a necessidade de cuidar das pessoas vítimas de trauma através de uma abordagem rápida, sistemática, universal utilizando uma linguagem comum entre os elementos da equipa (American College of Surgeons - Committee on Trauma, 2012). Em 1978 o *American College of Surgeons* realizou nos Estados Unidos da América o primeiro curso de *Advanced Trauma Life Support* (ATLS) e a STN veio-se juntar mais tarde a este projeto com a formação em *Advanced Trauma Care for Nurses* (ATCN). Em paralelo a ENA desenvolveu o *Trauma Nursing Core Course* (TNCC) que oferece também orientações para cuidar da pessoa vítima de trauma nos serviços de urgência.

A identificação de três picos distintos de morte decorrente do trauma veio reforçar a necessidade de implementar medidas rápidas e coordenadas para abordar estes doentes de forma a reduzir as taxas de mortalidade e morbilidade. De acordo com a American College of Surgeons - Committee on Trauma (2012), o primeiro pico apresenta uma prevalência de cerca de 50% de todas as mortes, ocorre normalmente no local do acidente e surge segundos ou minutos após o traumatismo. O segundo pico, com uma predominância de cerca de 30%, ocorre algumas horas após o acidente. Este grupo beneficia grandemente de um atendimento adequado no local e tão precoce quanto possível. A *Golden Hour* inicia-se quando ocorre o acidente, não apenas quando a vítima chega à unidade hospitalar (Nunes et al., 2009), e é caracterizada pela necessidade de uma rápida abordagem e ressuscitação, medidas que se constituem como princípios fundamentais do ATLS. O terceiro pico ocorre entre vários dias e semanas após a lesão traumática e a morte

decorre, geralmente, de sépsis ou disfunção multiorgânica (American College of Surgeons - Committee on Trauma, 2012).

De acordo com a filosofia ATCN e TNCC implementadas respetivamente pela STN e pela ENA, a avaliação primária das vítimas de trauma é realizada utilizando a sequência ABCDE (A – Via Aérea com imobilização da coluna cervical; B – Respiração e Oxigenação, C – Circulação com controlo de hemorragia, D – Disfunção Neurológica; E – Exposição, evitando a hipotermia). Esta avaliação permite identificar os problemas que exigem intervenção imediata e estabelece a prioridade dos tratamentos a efetuar.

Na avaliação secundária, a Emergency Nurses Association (2014) sugere a utilização da mnemónica FGHI no curso TNCC (F - Avaliação de parâmetros vitais (*Full Vital Signs*), intervenções focalizadas e presença da família (*Family*), G - promover conforto (*Give comfort*), H - História e I - Inspeção das superfícies posteriores). Por sua vez esta avaliação pormenorizada e sistematizada permite identificar todas as lesões presentes, prestar apoio emocional e atualizar a história clínica da pessoa (Emergency Nurses Association, 2014).

Perante a problemática crescente relacionada com o trauma, a *World Health Organization* emitiu documentos orientadores para a implementação de sistemas de abordagem ao trauma e programas de melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa vítima de trauma, respetivamente “*Guidelines for Essential Trauma Care*”, em 2004 e “*Guidelines for trauma quality improvement programmes*”, em 2009 (World Health Organization, 2004, 2009).

Em Portugal nas últimas décadas, com a evolução da medicina e com os progressos notórios dos cuidados pré-hospitalares e hospitalares, maioritariamente devido às equipas altamente treinadas do Instituto Nacional de Emergência Médica, a mortalidade e morbilidade relativas ao trauma têm vindo a diminuir. Apesar de todos estes esforços, os resultados nas vítimas de trauma são, ainda, pouco consistentes e apresentam muitas lacunas, permitindo que a taxa de mortalidade por acidente em Portugal seja ainda o dobro da de outros países europeus como é referido nas “Normas de Boa Prática em Trauma” publicado pela Ordem dos Médicos (2009). Este

documento alerta para a importância da atualização da rede de referência de urgência e emergência médica nacional, bem como manifesta a intenção de criar Centros de Trauma com equipas de trauma especializadas na abordagem da pessoa vítima de trauma grave.

O enfermeiro com conhecimentos aprofundados na abordagem diferenciada da pessoa vítima de trauma é parte integrante da equipa de trauma (Society of Trauma Nurses, 2013). Sendo este muitas vezes responsável pela coordenação dos cuidados que o doente necessita, registo de informação que assegura a continuidade e a qualidade dos cuidados, bem como o estabelecimento de uma relação de ajuda com o doente e a família.

Desde cedo que surgiu a preocupação de procurar dar resposta às necessidades da pessoa vítima de trauma, nomeadamente ao nível do conforto tal como Proctor, Morse e Khonsari (1996) fazem referência. Neste artigo é enfatizada a importância de uma comunicação promotora de conforto como forma de manter o doente concentrado suportando com maior efetividade a dor associada às lesões e aos procedimentos médicos invasivos.

Os enfermeiros que trabalham nos serviços de urgência e nas unidades de cuidados intensivos contactam diariamente com o sofrimento físico e psicológico dos doentes e seus familiares. A promoção do conforto do doente procura uma prática centrada na perspetiva do doente e na satisfação das suas necessidades experienciadas, muitas vezes relacionada com os doentes em fim de vida e em cuidados paliativos (Alberto et al., 2009; Malinowski & Stamler, 2002; Roche-Fahy & Dowling, 2009).

Alguns artigos revelam que a grande maioria dos doentes expressam o conforto físico e psicológico como uma das suas necessidades básicas durante a sua permanência no hospital, nomeadamente durante o internamento em UCI (Aro, Pietilä, & Vehviläinen-Julkunen, 2012; Yousefi, Abedi, Yarmohammadian, & Elliott, 2009).

A capacidade de confortar e de ser confortado varia de pessoa para pessoa, o conforto é multidimensional, significando coisas diferentes para pessoas diferentes e nem sempre as perceções de conforto dos doentes são

iguais aos dos enfermeiros, constituindo um desafio no processo de aquisição de competências nesta área (Lowe & Cutcliffe, 2005).

Estudos relativamente recentes fazem um levantamento dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes das pessoas vítimas de trauma e é atribuída uma grande percentagem ao défice de conforto, mais precisamente 68,3% a seguir ao risco de infeção, à ameaça à integridade cutânea e à dor aguda (Sallum & Sousa, 2012). Utilizando a taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association, o diagnóstico de enfermagem *impaired comfort* encontra-se presente em todas as vítimas de trauma, expondo uma relação muito estreita com o diagnóstico da dor aguda, onde 92% das vítimas com o diagnóstico de conforto prejudicado relacionam o mesmo com a presença de dor (Sallum, Santos, & Lima, 2012).

Logo, perante o exposto a Emergency Nurses Association (2014) privilegia a implementação de medidas de conforto na abordagem da pessoa vítima de trauma grave após a avaliação inicial e a implementação de medidas de Suporte Avançado de Vida (SAV), com vista ao controlo da dor, alívio do desconforto físico e psicológico.

A pessoa vítima de trauma é submetida a procedimentos invasivos e não invasivos passíveis de provocar desconforto físico e psicológico, nomeadamente a presença de colar cervical, de plano duro, a remoção da roupa, a colocação de acesso venoso, a algaliação, o toque rectal, entre outros (Wright, 2011). O desconforto provocado pela presença do plano duro durante o transporte da pessoa vítima de trauma foi objeto de estudo de Edlich et al. (2011), chegando á conclusão que a utilização de um plano duro insuflável reduz o desconforto do doente associado à dor e diminui o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. O mesmo estudo indica que a pessoa vítima de trauma grave com suspeita de traumatismo vertebro medular permanece em média cerca de 77 minutos sobre o plano duro e apontam o mesmo como uma fonte potencial de dor e de desconforto. Em 2009 a OE publicou o “Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vertebro-Medular”, onde faz referência à necessidade de avaliação do nível de conforto destes doentes a par da avaliação do estado de

consciência e dos sinais vitais. Neste guia a promoção do conforto surge associada aos posicionamentos, à utilização de colares cervicais de espuma, à adequação da temperatura ambiente, ao apoio psicológico, entre outros.

Como qualquer PSC, a pessoa vítima de trauma, pode ter alteração do seu estado de consciência, motivado por inúmeras razões, designadamente por Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), hipóxia, hipovolémia, pode ainda necessitar de intervenções que podem passar por sedação num contexto de agitação psicomotora, dor aguda ou necessidade de ventilação invasiva. Desde modo, constitui-se um desafio para os profissionais de saúde atenderem às necessidades de conforto dos doentes, quando estes não se conseguem manifestar verbalmente (Grap et al., 2012; Grossbach, Chlan, & Tracy, 2011). Estudos na área dos cuidados intensivos pediátricos revelam a necessidade de aplicar escalas de comportamento, designadamente a *Comfort Behavior Scale*, para quantificar o nível de conforto das crianças, uma vez que estas muitas se encontram sedadas e ventiladas e não conseguem reportar a intensidade da dor que experienciam (Ista, de Hoog, Tibboel, & van Dijk, 2009). A dor não controlada e uma inadequada sedação podem levar a distúrbios fisiológicos e psicológicos (Johansson & Kokinsky, 2009).

Como já foi feita referência, a Emergency Nurses Association (2014) recomenda a promoção de medidas de conforto na avaliação secundária da pessoa vítima de trauma grave bem como a promoção da presença da família. A família segundo o *International Council of Nurses* corresponde à “unidade social ou todo coletivo, composta por pessoas ligadas através da consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais” (International Council of Nurses, 2011, p.115).

A importância da inclusão da família nos cuidados de enfermagem está há muito documentada e fundamentada, nomeadamente quando falamos de uma PSC. A facilitação da presença da família permite o envolvimento e a participação nos cuidados, contribuindo para a promoção do conforto tanto para o doente como para a família que podem ver as suas necessidades satisfeitas.

1.2 Enquadramento teórico

Na procura de desenvolver competências na área da PSC, mais especificamente na área da pessoa vítima de trauma, torna-se imperativo ter como base a premissa da humanização dos cuidados tal como é referido no artigo nº89 do Código Deontológico (Ordem dos Enfermeiros, 2005), onde o enfermeiro, quando presta cuidados à PSC, é responsável pela sua humanização, assumindo o dever de dar atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade.

A pessoa vítima de trauma é por si só uma PSC com necessidades particulares, que se encontra abruptamente numa situação de maior fragilidade e vulnerabilidade, sendo importante para o seu processo de recuperação cuidados individualizados e holísticos.

O termo conforto é, habitualmente, empregue nos diferentes contextos do exercício de cuidados, surgindo muitas vezes relacionado com a dimensão física da pessoa (Apóstolo, 2009). De acordo com o autor apesar do consenso sobre a sua centralidade na e para a enfermagem, o conceito transcende esta dimensão.

Katharine Kolcaba desenvolveu a Teoria do Conforto que assenta no cuidado holístico do doente, definindo o conforto como um resultado holístico, uma vez que se entende como sendo um estado dinâmico e multifacetado das pessoas (Kolcaba, 1994). Esta teoria serve de sustentação ao desenvolvimento de competências nesta área que realça a importância da promoção do conforto à pessoa vítima de trauma, bem como o recurso à autora Patricia Benner que oferece um quadro conceptual relativo à prestação de medidas de conforto especificamente ao doente crítico. Define-se como doente crítico aquele em que, “por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica” (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008, p.9)

O conforto é um termo com significado histórico e contemporâneo para a enfermagem e desde Nightingale que é definido como um resultado ou objectivo desejável no cuidado de enfermagem. Segundo o Oxford English

Dictionary de 1989 citado por Kolcaba & Kolcaba (1991), a etimologia da palavra conforto é também a palavra latina *confortare*, cujo significado é dar forças, fortalecer, revigorar, dar alento de forma nobre ou grandiosa.

O conforto em enfermagem tem sido objeto de estudo por parte de vários autores nomeadamente Morse, Kolcaba, Benner, Oliveira, Sousa, entre outros. Segundo Morse o conforto é considerado um estado, mais especificamente um estado de bem-estar, implica sentir-se bem e em alguns casos, indica uma melhoria de um estado ou condição anterior (Morse, Bottorff, & Hutchinson, 1994). De acordo com Benner o ato de confortar é uma competência do enfermeiro (Benner, 2001).

Benner com a sua obra *De Iniciado a Perito* (obra original publicada em 1984) inclui a prestação de medidas de conforto na “Função de Ajuda” dos enfermeiros onde afirma que “a ajuda evocada aqui encerra transformações do sentido; trata-se por vezes simplesmente de ter a coragem de ficar com o doente, de oferecer o reconforto que a situação permite” (Benner, 2001, p.76). A autora apresentou uma lista de oito competências inerentes à “Função de Ajuda”, que o enfermeiro perito deve desenvolver, nomeadamente: tomar medidas para assegurar o conforto do doente e preservar a sua personalidade face à dor e a um estado de fraqueza extrema, a presença junto do doente, interpretar os diferentes tipos de dor e escolher as estratégias mais apropriadas para as controlar e gerir, reconfortar e comunicar pelo toque, promover apoio emocional e informar as famílias dos doentes. Estas competências oferecem esperança, facilitam o processo de recuperação e trazem paz aos doentes. Representam a arte da enfermagem e correspondem a habilidades não técnicas importantes para um perito em enfermagem (Benner, 2001).

De acordo com a teoria de Kolcaba (1994) o conforto pode ser classificado em três tipos: alívio, tranquilidade e transcendência. Alívio é definido como a experiência de ver satisfeita uma necessidade específica. Tranquilidade é definida como um estado de calma ou contentamento, é uma condição necessária para um desempenho eficiente. Transcendência é o estado no qual alguém suplanta os seus problemas ou sofrimento. O conforto apresenta ainda outra dimensão que corresponde aos quatro contextos em que

o conforto pode ser experienciado, que são eles: físico, psico-espiritual, ambiental e social. Quanto ao contexto físico entende-se que seja pertencente às sensações corporais, o psico-espiritual é pertencente à consciência interna do *self*, incluindo a auto estima, sentido que atribui à vida, a relação de alguém com um ser mais elevado. O contexto ambiental corresponde ao meio e às condições externas como a luz, o ruído e a temperatura. E o contexto social refere-se às relações interpessoais, familiares e papel na sociedade.

O conforto é então definido por Kolcaba (1994; 2003) como a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto, que corresponde ao resultado holístico da intervenção do enfermeiro que interfere na globalidade das respostas da pessoa. Pode-se ainda caracterizar por um estado em que estão satisfeitas as necessidades humanas relativamente ao alívio, tranquilidade e transcendência nos quatro contextos da experiência - físico, "psico-espiritual", sociocultural e ambiental.

O desenvolvimento dos sistemas de classificação em enfermagem permitiu incluir o conforto como um resultado esperado. Encontramos o conforto nas taxonomias de diagnóstico, e este surge como o diagnóstico de enfermagem "conforto prejudicado", sendo um diagnóstico sempre presente nas pessoas vítimas de trauma (Sallum et al., 2012; Sallum & Sousa, 2012). As medidas de conforto são designadas de intervenções de enfermagem quando o objetivo é promover um estado de tranquilidade física ou mental.

A Teoria de Kolcaba permite dar a conhecer a multidimensionalidade do conforto, que pode ser percebido de forma diferente para pessoas diferentes, uma vez que depende das experiências passadas, da idade, do prognóstico da doença, do estado emocional e do sistema de suporte (Kolcaba, 1994; Kolcaba, 2003). Outro aspeto enfatizado pela autora é a relevância dos enfermeiros conhecerem as necessidades de conforto que os doentes podem apresentar para planear as intervenções de enfermagem em conformidade.

As necessidades de conforto podem passar por encontrar-se num estado confortável ou aliviar o desconforto, este resultado esperado é apropriado quando a condição mais desejável é que o doente se sinta capaz ou

que o conforto proporcione uma redução do *stress* e do mal-estar causado pela angústia da doença, da fraqueza ou da lesão provocada por um traumatismo, como acontece na pessoa vítima de trauma.

Confortar os doentes inclui oferecer apoio social, emocional, físico e espiritual. O conforto do toque terapêutico, o consolo e estar presente e disponível para o doente representam medidas de conforto importantes (Benner, 2004).

Numa obra mais recente de Benner, a autora, apresenta um quadro conceptual onde assentam os cuidados de enfermagem ao doente crítico no âmbito da promoção de medidas de conforto intitulado “*Providing Comfort Measures for the Critically and Acutely Ill*” do livro: “*Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care*”, onde é possível rever a pessoa vítima de trauma em muitos dos exemplos dados e situações citadas.

central a uma boa prática de enfermagem está a promoção do conforto e as medidas de apoio psico-social para os doentes que se encontram entre as intervenções tecnológicas e o sofrimento. O conforto promove a sensação de bem-estar do doente e da família. Confortar significa dar força, ajudar e encorajar bem como acalmar e consolar. (...) Medidas de conforto, life saving e intervenções imediatas estão relacionadas porque o desconforto e a ansiedade influenciam as respostas dos doentes aos tratamentos.

(Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011, p.215)

Segundo Benner o conhecimento e as competências relacionadas com o conforto devem ser integrados no cuidado altamente tecnológico que é muitas vezes intrusivo e causador de dor. Os enfermeiros usam a frase “medidas de conforto” para descrever as inúmeras intervenções confortadoras tais como o toque físico, pegar a mão, estar presente, oferecer um cobertor, conversar calmamente, e promover conforto corporal com suavidade, auxílio nos posicionamentos, adequação da luz, quarto aquecido.

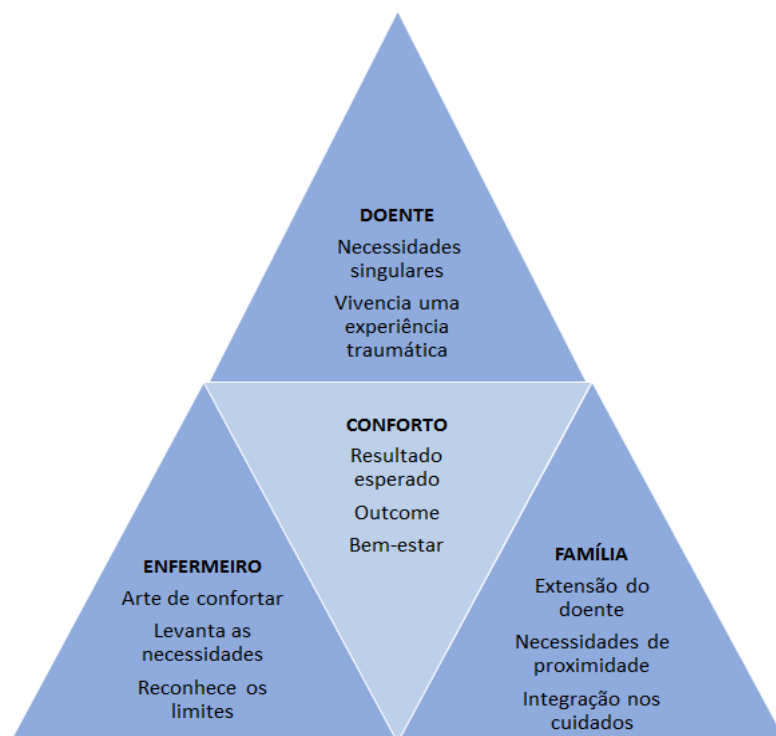
O ato de confortar é ocasionado por angústia, perda ou sofrimento, e depende do tempo, da confiança, da relação e da abertura do doente ao conforto (Benner et al., 2011). Os acontecimentos traumáticos podem corresponder a situações de difícil prestação de medidas de conforto, requerendo competências específicas nesta área.

As medidas de conforto podem parecer triviais, comuns, e de alguma forma com menor legitimidade e menor importância quando comparadas com intervenções tecnológicas que curam. Para confortar deve-se reconhecer a perda ou o sofrimento e admitir os limites da proteção e da imunidade. Para oferecer medidas de conforto é exigido que os enfermeiros tenham a percepção de que confortar é necessário através da vigilância, presença e identificação do problema (Benner et al., 2011). Um dos problemas que se coloca são os doentes que não conseguem verbalizar e para tal os enfermeiros com experiência desenvolvem capacidades para ler as respostas corporais.

Depois de perceber que o conforto é necessário, o enfermeiro deve procurar compreender a situação e ser capaz de imaginar o que é experienciado como conforto. “o enfermeiro deve aprender com a experiência que toque é confortador, que conversa é calmante, que proximidade ou distância é confortável.” (Benner et al., 2011, p.217). Na relação com o outro e especialmente nos cuidados intensivos há a preocupação de cuidar do corpo como fonte de conforto. Os enfermeiros com frequência estabelecem uma relação entre o seu próprio conforto e o conforto dos doentes, e verificam que prestar cuidados de higiene aos doentes pode fazer com que ambos, enfermeiro e doente, se sintam mais confortáveis. A capacidade de confortar surge na relação com o outro e requer confiança, abertura e aceitação.

De acordo com Benner et al. (2011) confortar o doente crítico é confortar a sua família e a ligação com os mesmos, primeiro requer o conhecimento e o compromisso com eles enquanto pessoas e não com a doença ou o corpo doente. A ligação e o desenvolvimento de uma relação com o outro estabelecem a possibilidade de confortar. As famílias encontram-se separadas e distanciadas dos seus entes queridos porque estes precisam de intervenções tecnológicas e de medidas *life saving*. Os enfermeiros trabalham para superar essas barreiras e incorporar os membros da família no cuidado dos doentes, permitindo a integração dos mesmos nos cuidados diários de forma a facilitar a ligação e o toque reconfortante. É possível ensinar os membros da família, ajudando-os a ultrapassar o medo e a ansiedade de ver o seu familiar gravemente doente. No diagrama 1 está representada a centralidade do conforto no cuidado à PSC.

Diagrama 1 – Tríade dos cuidados orientados para o conforto do doente



Em relação à dimensão física do conforto, o controlo da dor cursa obrigatoriamente com intervenções que promovam o conforto, e no doente crítico os analgésicos funcionam melhor se forem promovidas medidas de conforto em simultâneo (Benner et al., 2011). As medidas de conforto podem ser vistas como a primeira resposta ao doente crítico antes da prescrição de fármacos. Por sua vez, “o uso de analgésicos e sedativos na ausência de medidas básicas de conforto diminui a efetividade da medicação e pode implicar o desrespeito pelo bem-estar da pessoa” (Benner et al., 2011, p.244). Logo, deve ser incorporado no plano de cuidados da pessoa vítima de trauma que experiencia níveis de dor e de desconforto elevados (Wright, 2011), medidas de conforto que potenciem as intervenções médicas realizadas, nomeadamente a medicação analgésica administrada.

2. ANÁLISE DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Para o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem à PSC e particularmente na promoção do conforto da pessoa vítima de trauma teve em conta os descritores de Dublin definidos para o 2º ciclo de formação (Direção-Geral do Ensino Superior, 2015), as competências definidas para o CMEPSC (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010), as competências comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010a) e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:

especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

(Ordem dos Enfermeiros, 2010a, p.2)

As competências comuns são transversais a todos os enfermeiros especialistas e versam quatro domínios: o da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens sociais.

Considerando os conhecimentos, capacidades e competências propostos para o CMEPSC, passo a citar os que me proponho a desenvolver:

- ✓ Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- ✓ Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica
- ✓ Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional
- ✓ Selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão
- ✓ Expor com clareza e argumentar os resultados do seu próprio raciocínio
- ✓ Mobilizar com rigor os dados dos relatórios de investigação

- ✓ Demonstrar um nível aprofundado de conhecimento numa área específica da Enfermagem e consciência crítica para os problemas atuais/novos da disciplina
- ✓ Abordar questões complexas de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador

Com o desenvolvimento das competências supra citadas pretendo alcançar o nível de perito segundo os níveis de competência de Benner (2001). De acordo com a teoria da autora os níveis de aquisição e aperfeiçoamento de competência do enfermeiro são categorizados em cinco níveis sendo eles: Principiante (iniciado), Principiante Avançado, Competente, Proficiente e Perito. A autora considera que as competências desenvolvem-se na base da experiência sustentada e na prática reflexiva culminando no enfermeiro perito ou especialista.

Como exercício de reflexão e de acordo com Benner (2001) realizei uma auto apreciação e considero que no início do estágio me enquadrava no nível de enfermeiro proficiente, uma vez que me era possível reconhecer a situação global em que o doente se encontrava e antever as intervenções a tomar, fruto dos meus nove anos de experiência em urgência e emergência. Procurava ainda estabelecer prioridades centradas no doente através da compreensão da situação como um todo e da percepção das necessidades do mesmo. Realizei esta análise e fez-me sentido pensar nesta lógica: onde me encontro e para onde caminho? E com esse intuito procurei na obra de Benner (2001) situar-me no presente para perceber para onde tenho que caminhar para atingir o nível de excelência ou de perito.

Como a autora faz referência na sua obra o enfermeiro perito deve ser capaz de desenvolver competências na área da promoção do conforto nomeadamente tomar medidas para assegurar o conforto do doente e preservar a sua personalidade face à dor e a um estado de fraqueza extrema, reconfortar e comunicar pelo toque (Benner, 2001). O nível de Perito é a excelência do cuidar em Enfermagem. Como é regulamentado pela Ordem dos Enfermeiros (2010), os enfermeiros especialistas devem ser detentores de

competências de diversos domínios que os distinguem dos outros pela excelência dos seus cuidados.

O estágio foi norteado por um projeto previamente submetido onde foram explanados os objetivos, as atividades e as estratégias propostas para desenvolver as competências do CMEPSC já descritas. Foi utilizada a metodologia do projeto que implica a identificação de um problema real e a implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução, dando lugar a um processo contínuo e interativo (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). Para alcançar os objetivos a que me propus foram selecionados dois campos de estágio onde se pretendia que se desenvolvessem em duas áreas de cuidados distintas: num SU e em ambiente de cuidados intensivos. Numa primeira fase foi desenvolvido o projeto num Serviço de Urgência Polivalente (SUP) e posteriormente o segundo estágio decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), de forma a dar resposta aos objetivos do projeto onde se pretendia adquirir competências especializadas em Enfermagem à PSC e mais especificamente na área da promoção do conforto da pessoa vítima de trauma.

Neste capítulo analisa-se, de forma reflexiva, a experiência vivida nos dois campos de estágio, descrevendo as atividades realizadas e explanando as competências desenvolvidas.

2.1 Cuidar da Pessoa em Situação Crítica num Serviço de Urgência

De acordo com o despacho nº 11/2002 “os serviços de urgência são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médica” (*Despacho Normativo nº 11/2002 de 6 de Março do Ministério da Saúde, 2002*)

Entende-se por urgência um processo que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa); por emergência entende-se um processo para qual existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo; a situação é crítica se não for rapidamente reversível, isto é, sempre

que se prolonga no tempo, e necessitar de metodologias de SAV e de órgão (Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência, 2012).

Em 2001 foi criada a Rede de Diferenciação Hospitalar de Urgência/Emergência (Direcção-Geral da Saúde, 2001) que diferenciou os serviços de urgência e mais tarde em 2006 foram considerados três níveis de responsabilidade dos serviços de urgência designadamente: Serviço de Urgência Básica, Serviço de Urgência Médico Cirúrgica e SUP. O SUP é o nível mais diferenciado de resposta e acolhimento à situação de urgência/emergência, localizando-se em regra num hospital central e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área, dispondo de diversas valências (*Despacho nº 18 459/2006 de 12 de Setembro do Ministério da Saúde*, 2006).

O SUP escolhido resultou do facto de ser um serviço diferenciado e de referência para uma significativa área geográfica. A casuística em trauma justificou também a pertinência da escolha deste campo de estágio, tendo sido constituído recentemente como Centro de Trauma. Já tinham havido esforços no sentido de criação de centros de trauma um pouco por todo o país e a implementação da Via Verde (VV) de Trauma através da emissão de uma circular normativa (Direcção Geral de Saúde, 2010) e agora mais recentemente o Despacho nº10319/2014 volta a reforçar a indicação da existência de SUP dedicados ao doente politraumatizado, designado de Centro de Trauma.

O serviço em questão recebe cerca de 500 doentes por dia e encontra-se dividido fisicamente por áreas distintas: sala de admissão, gabinetes de triagem, sala de trauma - sala de reanimação um, sala de reanimação dois, sala de reanimação três, sala de laranjas, sala de verdes, sala de amarelos, balcão de cirurgia com gabinetes de pequena cirurgia, sala de doentes respiratórios, gabinete de ortopedia e Sala de Observação (SO) com capacidade para 16 doentes. O método de trabalho é em equipa e o número de enfermeiros por turno é de 19, sendo que dois enfermeiros têm funções de chefia de equipa, ficando um desses elementos responsável pelo SO e outro responsável pelos restantes setores do serviço.

Pela minha experiência profissional na área de urgência e emergência e tendo em conta os objetivos do meu projeto as áreas físicas onde me procurei alocar foram as salas de reanimação, a sala de trauma, a sala dos laranjas e o SO. E também por serem estes os locais onde se privilegiam os cuidados à PSC e pessoa vítima de trauma grave.

Pelas características que lhe são inerentes, um SU é, *per si*, confuso, de difícil organização, exigindo uma criatividade constante na tentativa de procurar resposta atempada aos problemas do doente e sua família. É um serviço onde o doente chega em situação aguda, desenraizado subitamente do seu ambiente sócio familiar.

De acordo com o *Despacho n.º 10319/2014 de 11 de Agosto do Ministério da Saúde* (2014) a formação e o currículo dos enfermeiros que desempenham funções no SU de qualquer nível de responsabilidade deve contemplar a aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem na Área da PSC, atribuído pela OE.

Como objetivo geral para este estágio defini: Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica no SU mais especificamente no âmbito da promoção do conforto da pessoa vítima de trauma. Os objetivos específicos para este estágio serão identificados e explanados no decurso deste subcapítulo assim como as estratégias e as atividades desenvolvidas para atingir as competências propostas. No Anexo 1 consta o documento redigido pelo enfermeiro orientador deste estágio relativo à apreciação do meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências durante o estágio no SU.

Prestar cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica na sala de reanimação do SU

A abordagem inicial de todos os doentes que dão entrada num SU é realizada pelo enfermeiro sendo este o responsável pela triagem e encaminhamento dos doentes. O enfermeiro é o primeiro profissional de saúde

a interagir com o doente e a realizar a avaliação inicial (Emergency Nurses Association, 2014), assumindo uma posição preponderante na correta atribuição de prioridade de acordo com as queixas que o doente expressa.

No serviço onde decorreu o estágio é utilizado a triagem de Manchester para classificação de prioridades no SU tal como previsto no Despacho nº 1057/2015 que obriga a que todos os SU, independentemente do nível de responsabilidade, utilizem um sistema de triagem de prioridades sendo o indicado o sistema de triagem de Manchester (*Despacho nº 1057/2015 de 2 de Fevereiro do Ministério da Saúde*, 2015). A utilização da triagem de Manchester como metodologia de trabalho, permite atribuir prioridades aos doentes através de uma cor, é um método científico que utiliza nomenclatura comum, definições comuns, metodologia sólida, programa de formação e guia de auditoria. A triagem torna-se necessária quando a afluência ao SU excede os recursos disponíveis, deste modo é fundamental priorizar o atendimento.

No meu contexto de trabalho realizo a triagem dos doentes que recorrem ao SU através da triagem de Manchester há cerca de oito anos e neste estágio tive a possibilidade de observar e colaborar com os enfermeiros peritos na triagem dos doentes e consequente identificação de PSC. No serviço onde decorreu o estágio é utilizada a última versão da triagem de Manchester que permite ao enfermeiro pedir exames complementares de diagnóstico no momento de triagem bem como seguir criteriosamente a ativação das diversas VV e respetivo algoritmo atuando em conformidade.

A abordagem da PSC na sala de reanimação é realizada inicialmente pelo enfermeiro responsável pelos doentes dessa sala e é este enfermeiro que faz a triagem e a avaliação inicial do doente, levanta os diagnósticos de enfermagem e identifica as necessidades de recursos humanos ao nível das especialidades médicas que é necessário ativar. É da responsabilidade do enfermeiro a vigilância e monitorização destes doentes no sentido de identificar precocemente focos de instabilidade e risco de falência de órgãos. O desenvolvimento de competências nesta área permite ir ao encontro do disposto no regulamento da OE que prevê o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação

da instabilidade e risco de falência orgânica (Ordem dos Enfermeiros, 2010b), bem como permite desenvolver competências para cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica como previsto no documento da ESEL do CMEPSC (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010)

A casuística facilitou o processo de aquisição de competências nesta área, uma vez que presenciei múltiplas situações de pessoas com instabilidade hemodinâmica, quer em pessoas vítimas de trauma quer em doentes com patologia médica urgente, o que me conduziu à análise dessas situações de cuidados como passo a explicitar.

Na sala de trama tive oportunidade de colaborar na prestação de cuidados à PSC com compromisso da via aérea com necessidade de ventilação invasiva por traumatismo torácico grave com *vollet* costal e com padrão respiratório ineficaz. Outra situação de um jovem que sofreu queda de bicicleta do qual resultou trauma da face, traumatismo torácico e fratura cervical de C6 com *Glasgow Coma Scale* de seis e com necessidade de ventilação invasiva para proteção da via aérea. Da mnemónica utilizada na abordagem da pessoa vítima de trauma grave, sendo o primeiro parâmetro a ser avaliado o A correspondente à via aérea, na identificação de compromisso na manutenção da via aérea deve-se proceder de imediato a medidas de *life saving* que previnam a eminente falência de órgãos. É nesta premissa que deve assentar o cuidado de enfermagem na avaliação inicial destes doentes seguindo o ABCDE, na deteção precoce de focos de instabilidade e na sua atuação em conformidade.

A prestação de cuidados a doentes críticos em tempo útil implica a mobilização de conhecimentos e a adequação dos mesmos à situação com que nos deparamos no sentido de prevenir atempadamente a falência de órgãos. Benner salienta a importância de desenvolver competências nesta área de forma a exercer uma prática de premeditação antecipando os eventos adversos e prevenindo os potenciais problemas (Benner et al., 2011; Benner, 2001)

O doente mantém-se na sala de reanimação até à sua estabilização hemodinâmica e até à sua transferência para o serviço mais capacitado para o receber, para manter o mesmo nível de cuidados ou superior atendendo às necessidades de cuidados que o doente apresenta e virá a necessitar (Nunes et al., 2009). Durante este período o enfermeiro responsável reavalia, vigia e monitoriza o doente. Durante todo o processo e mais especificamente nesta fase é possível olhar para o doente e não para a sua doença ou para as suas lesões, pois entre as medidas de SAV, sem o pretendermos, infligimos dor e desconforto (Benner et al., 2011). O conhecimento do que pode ser doloroso e entendido como desconfortável permite dirigir as intervenções de enfermagem nesse sentido. Perante situações traumáticas ou de doença de instalação súbita, não é possível preparar o doente para o que vai acontecer, o que vai experienciar, mas para o enfermeiro que se quer perito nesta área é fundamental acompanhar o doente neste percurso, nesta transição entre o estado de saúde e de doença (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacker, 2000). Perceber as suas necessidades, compreender o seu sofrimento é cuidar confortando. A individualização dos cuidados possibilita a reflexão e a tomada de decisão sobre as práticas, nas situações em que as pessoas se encontram em situação de dependência, fragilidade e de vulnerabilidade acrescida (Sousa, 2014).

Gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos na abordagem à pessoa em situação emergente e/ou em falência orgânica no SU

O SUP onde foi desenvolvido o estágio serve de referência para o encaminhamento das diversas VV. As VV, nome vulgarmente utilizado em Portugal para designar sistemas de resposta rápida, são algoritmos clínicos de avaliação e tratamento de processos patológicos frequentes, em que a relação entre o tempo para realização de um grupo de atitudes clínicas é absolutamente determinante no resultado terapêutico (Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência, 2012).

Tive oportunidade de observar na sua plenitude a ativação de VV Acidente Vascular Cerebral (AVC), VV Trauma e VV Coronária, bem como

colaborar com os elementos da equipa multidisciplinar nos cuidados a estes doentes. A prontidão na ativação e na atuação seguindo os algoritmos de cada VV contribuiu para um rápido encaminhamento destes doentes para um possível tratamento definitivo.

A realização prévia dos cursos de SAV revelou-se uma ferramenta fundamental para o enfermeiro que se pretende vir a ser perito e detentor de conhecimentos na área da PSC. Tive a oportunidade de prestar cuidados à PSC com compromisso da função cardiopulmonar, nomeadamente em paragem cardio respiratória, demonstrando conhecimentos e habilidades em SAV. Em causa estava uma doente com enfarte agudo do miocárdio que sofreu paragem cardio respiratória após a entrada no SU com necessidade de desfibrilhação cardíaca e após quatro ciclos de SAV foi possível estabilizar a doente e encaminhá-la para a sala de hemodinâmica para realização de cateterismo cardíaco. Esta doente cumpria os requisitos da VV coronária para realização de cateterismo cardíaco de urgência, pois apresentava enfarte agudo do miocárdio sem supra de segmento ST com início de dor precordial há cerca de 1 hora.

Sem perder de vista a necessidade de um encaminhamento rápido destes doentes para o tratamento definitivo, aos mesmos deve ser dada alguma atenção quando se pensa em proporcionar conforto. Pela ansiedade habitualmente manifestada pelos doentes com síndrome coronário agudo é necessário desmistificar alguns medos e tentar proporcionar a presença da família antes da realização do cateterismo, deste modo é possível favorecer um ambiente calmo e recetivo aos cuidados elevando o estado de tranquilidade (Kolcaba, 2003).

Da observação atenta e da análise das situações de cuidados vivenciadas na sala de reanimação realço também a prestação de cuidados e a dinâmica da equipa na ativação da VV AVC perante a PSC com quadro de instalação súbita de sinais e sintomas de AVC. Como os números indicam a taxa de mortalidade em Portugal por doenças cerebrovasculares continua bastante elevada (Direção-Geral da Saúde, 2013). O recurso à VV AVC possibilitou encaminhar os doentes para unidades especializadas que

“permitem desenvolver protocolos e aplicar rotinas com impacto, não só na mortalidade cerebrovascular, mas também na limitação das sequelas mentais e motoras, muitas vezes devastadoras a nível pessoal e familiar” (Direção-Geral da Saúde, 2013, p.22). Logo o enfermeiro que siga estas orientações está a contribuir para melhoria de *outcomes* para o doente.

Para os enfermeiros que desempenham funções num SUP, de acordo com o Despacho nº10319/2014, prevê-se que os mesmos tenham formação em SAV e em SAV de Trauma, sendo este último de carácter obrigatório para os SUP constituídos como Centro de Trauma (*Despacho n.º 10319/2014 de 11 de Agosto do Ministério da Saúde*, 2014). Logo a frequência com aproveitamento do curso de ATCN revelou-se fundamental para desenvolver competências na área do trauma. O contato com enfermeiros peritos na área da abordagem à pessoa vítima de trauma permitiu aumentar o *know-how* e o *know-why* na prestação de cuidados a estes doentes. Segundo Nunes et al. (2009) as competências técnicas devem ser adquiridas em cursos teórico-práticos e complementadas com o contexto e a prática clínica. O contacto com protocolos diferenciados na abordagem à pessoa vítima de trauma grave possibilitou o desenvolvimento de competências na gestão e administração de protocolos complexos à PSC.

Foi-me possível observar a dinâmica da equipa na ativação da VV Trauma e colaborar na prestação de cuidados bem como no preenchimento da folha de registo da VV Trauma. A ativação da VV Trauma é efetuada pelo enfermeiro que perante uma situação de trauma identifica sinais e sintomas de gravidade previamente definidos, que podem passar por instabilidade hemodinâmica ou por mecanismo de lesão significativo. A equipa de trauma multidisciplinar apresenta-se coordenada, utiliza uma linguagem comum e cumpre os *timings* para a estabilização do doente. Os registos de enfermagem são uma importante ferramenta para a continuidade da qualidade dos cuidados. Em trauma os registos são importantes na medida em que os registos realizados no SU são parte essencial da comunicação necessária à transferência do doente para outra unidade intra ou inter hospitalar (Emergency Nurses Association, 2014), ainda segundo a Direção Geral de

Saúde (2010) os registos ajudam a estabelecer um plano de ação no cuidado à pessoa vítima de trauma.

Perante uma pessoa vítima de trauma grave em choque hipovolémico por perda maciça de sangue teve oportunidade de contactar pela primeira vez com o protocolo de administração de ácido tranexâmico em trauma major em doente com trauma da bacia, fratura do fémur e do úmero. O uso de ácido tranexâmico em caso de hemorragia significativa pós trauma poderá reduzir a mortalidade até 32% sem aumentar a incidência de fenómenos tromboembólico (CRASH-2 trial collaborators, 2010). Idealmente a sua administração deve ser iniciada até uma hora após a lesão e se administrado mais de três horas após a lesão não há evidência de benefício, logo a sua administração deve-se iniciar no pré hospitalar no primeiro contacto com o doente e continuada no intra hospitalar com a manutenção de perfusão do ácido tranexâmico na sala de reanimação (CRASH-2 trial collaborators, 2010).

As situações descritas anteriormente evidenciam o desenvolvimento de competências na gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos na abordagem à pessoa em situação emergente como previsto no regulamento da OE das Competências do Enfermeiro Especialista em PSC preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2010b), assim como o desenvolvimento de competências de gestão de cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multidisciplinar de acordo com os objetivos do CMEPSC (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010).

Prestar cuidados à pessoa vítima de trauma tendo em conta a promoção do conforto, na gestão da dor e do bem-estar

No que se refere ao desenvolvimento de competências no âmbito da promoção do conforto da pessoa vítima de trauma este campo de estágio revelou-se muito fértil nessa área. Da observação atenta e da colaboração com a equipa multidisciplinar na abordagem da pessoa vítima de trauma grave foi possível identificar as necessidades ao nível do conforto nos seus vários contextos como é referido por Kolcaba (1994), nomeadamente no contexto

físico, psico-espiritual, ambiental e socio cultural atendendo às especificidades das lesões.

Na sala de reanimação procurei articular-me com a equipa no sentido de remover precocemente e quando indicado os dispositivos de imobilização tais como os colares cervicais e os planos duros, descritos como causadores de desconforto (Edlich et al., 2011; Hemmes, Poeze, & Brink, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2009; Wright, 2011). Este cuidado era já contemplado durante a prestação de cuidados pelos elementos da equipa multidisciplinar, mas a partilha de informação e a troca de experiências foi enriquecedora para ambas as partes. No que diz respeito a dispositivos que são referidos na literatura como redutores dos níveis de desconforto, tais como planos duros insufláveis ou almofadados ou aquecidos (Edlich et al., 2011; Hemmes, Brink, & Poeze, 2014; Hemmes et al., 2010), não existem no serviço em questão. Em relação aos colares cervicais, durante a permanência no SU os doentes mantêm os colares rígidos da *Necloc®* usados no pré-hospitalar, podendo ser substituídos por um igual ao que vinha colocado, uma vez que estes conferem uma maior estabilidade num período em que o doente sai do serviço para realizar exames complementares de diagnóstico, como por exemplo Tomografia Axial Computorizada.

A colocação de um lençol ou um cobertor por cima do plano duro reduz a dor e o desconforto provocado pelo mesmo. A remoção de pequenos objetos passíveis de causar dor como estilhaços de vidros, podem igualmente incrementar o conforto destes doentes., A mobilização destes doentes, nomeadamente a elevação em bloco e o rolamento, pode ser uma experiência bastante dolorosa, logo a aquisição de competências nesta área é fundamental para minimizar complicações e reduzir a dor na sua execução. É nas intervenções de enfermagem autónomas, que encerram em si um grande significado, que o enfermeiro oferece conforto aos que cuida nesta dimensão terapêutica de enfermagem.

De acordo com a Emergency Nurses Association (2014) na avaliação secundária é utilizada a mnemónica FGHI, onde o G corresponde à implementação de medidas promotoras de conforto. As medidas promotoras de

conforto a implementar podem passar pelo toque terapêutico, a comunicação com o doente, a gestão farmacológica e não farmacológica da dor de acordo com as necessidades do doente, esteja ele consciente ou inconsciente.

A dor está manifestamente interligada ao conforto prejudicado ou ao desconforto que é experienciado no contexto físico (Kolcaba, 2003). Para ir ao encontro do desenvolvimento de competências na área da gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica segundo as recomendações da Ordem dos Enfermeiros (2010b) é importante analisar como a dor interfere no bem-estar e no conforto dos doentes. A dor não controlada pode ter consequências ao nível de perturbações do sono manifestada por insónias, ansiedade e pode ainda ter repercussões hemodinâmicas provocando um aumento do esforço cardíaco acompanhada de taquicardia, vasoconstrição periférica, taquipneia, tensão muscular levando à defesa ou à contração num reflexo para diminuir a dor, vômitos, aumento da tensão arterial (Emergency Nurses Association, 2014).

É de salientar o recurso a escalas de avaliação da dor de forma a identificar o nível de dor e agir em conformidade. No serviço em questão a escala da dor utilizada era a escala numérica, onde era possível categorizar de 0 a 10 a intensidade da dor, sendo o 0 a ausência de dor e o 10 a maior dor alguma vez experienciada, considerada dilacerante. Nos doentes que não conseguiam comunicar a avaliação era realizada à escala do observador segundo uma régua orientadora.

Quando se avalia a dor de uma pessoa vítima de trauma grave é necessário ter em conta que é expectável que o doente tenha dor moderada a severa se apresentar fraturas, ferimentos ou queimaduras. Os procedimentos invasivos também são passíveis de provocar dor tais como: cateterização endovenosa, inserção ou remoção de um dreno torácico, entubação orotraqueal ou nasofaríngea, cuidados às feridas, redução de fraturas (Emergency Nurses Association, 2014; Wright, 2011).

Segundo Benner et al. (2011) o conhecimento e as competências relacionadas com o conforto devem ser integrados no cuidado altamente tecnológico que é muitas vezes intrusivo e causador de dor.

Das situações de cuidados analisadas verifiquei que a equipa multidisciplinar inclui nos seus cuidados a preocupação de satisfazer as necessidades de conforto das pessoas vítimas de trauma grave e estão despertos para os sinais de dor tais como: taquipneia, taquicardia, respiração superficial, diaforese, expressão facial de desconforto, cerrar os dentes, choro. Várias medidas não farmacológicas podem ser implementadas para gerir a dor como o alívio de zonas de pressão, o posicionamento, a tração ou imobilização dos membros afetados, os exercícios de relaxamento, a comunicação com o doente, a aplicação de calor ou o aquecimento da sala ou do doente, a distração ou até mesmo o humor (Emergency Nurses Association, 2014). A realização de exames complementares de diagnóstico também se podem constituir como causadores de dor e desconforto. Constatei que a realização de radiografia na sala de trauma é uma mais-valia para o doente e para os profissionais de saúde, reduz a manipulação do doente e evita esforços acrescidos para a equipa de cuidados.

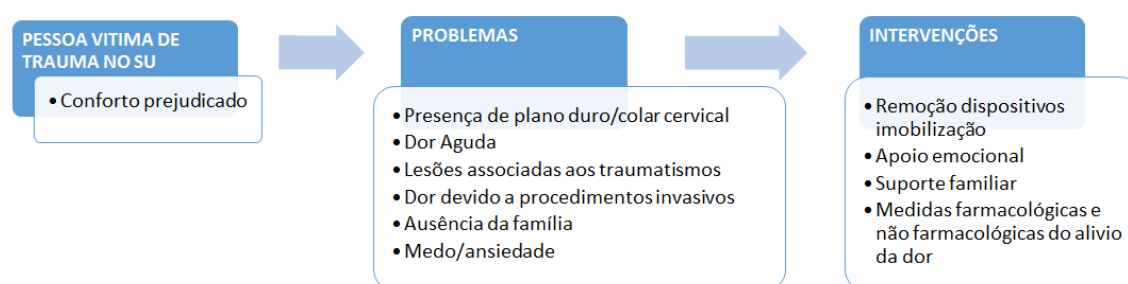
As medidas de conforto e as intervenções imediatas de *life saving* estão intimamente relacionadas porque o desconforto e a ansiedade influenciam as respostas dos doentes aos cuidados (Benner et al., 2011).

As especificidades das lesões determinam os cuidados a implementar. Numa situação específica de pessoa vítima de TCE grave foi importante ter em consideração que as medidas de redução da pressão intracraniana são medidas promotoras de conforto designadamente na gestão do ambiente com a redução do ruído e da luminosidade e a elevação da cabeceira. Na pessoa vítima de traumatismo vertebro medular é importante um posicionamento adequado com estabilização da coluna vertebral.

Durante o estágio ocorreram momentos de discussão de casos clínicos entre os pares conduzindo ao desenvolvimento de competências ao nível do julgamento crítico e na tomada de decisão. Partindo do particular para o geral, a necessidade de incrementar o conforto é transversal à prestação de cuidados à PSC. Independentemente do seu diagnóstico médico, os resultados esperados com as intervenções de enfermagem contemplam o alívio da dor, a redução do desconforto e a promoção do bem-estar.

Uma avaliação do doente no seu todo permite planejar um adequado plano de cuidados com elevado nível de eficácia e de sucesso. Através da realização do histórico de enfermagem a uma doente politraumatizada que conseguiu narrar a sua história de vivência foi possível realizar um estudo de caso com recurso ao processo de enfermagem. A elaboração de um estudo de caso permitiu-me articular os conhecimentos teóricos mobilizados em sala de aula e a prestação efetiva de cuidados em contexto clínico, favorecendo a reflexão e o desenvolvimento de competências na área da prestação de cuidados à PSC. A identificação dos principais diagnósticos de enfermagem na doente em estudo foi importante para o planeamento dos cuidados de enfermagem, que envolveu a definição dos resultados esperados e a implementação das intervenções de enfermagem. Deste modo foi possível direcionar os cuidados de enfermagem utilizando uma linguagem uniformizada com o recurso ao processo de enfermagem, com vista a individualizar os cuidados prestados. As intervenções de enfermagem foram na sua maioria baseadas em medidas promotoras do conforto nos seus vários domínios o que mostra a coerência na decisão pela Teoria do Conforto de Kolcaba para nortear o processo de enfermagem em pessoas vítimas de trauma, as quais veem o seu conforto prejudicado pela situação abrupta que vivenciam requerendo apoio para verem as suas necessidades satisfeitas, como é exemplificado pelo diagrama seguinte.

Diagrama 2 – Planeamento de cuidados à pessoa vítima de trauma no SU



No desenvolvimento de competências na promoção e partilha de conhecimentos entre pares através da comunicação clara e sem ambiguidades, como é previsto nas competências dos Descritores de Dublin do 2º Ciclo (Direção-Geral do Ensino Superior, 2015) e nas competências comuns do

Enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010a), realizei várias sessões de formação em pequenos grupos de forma a abranger o máximo número de elementos da equipa de prestação de cuidados. Nas sessões de formação intituladas “A Promoção do conforto da pessoa vítima de trauma no SU” foram abordados os seguintes conteúdos: Teoria de conforto de Kolcaba; Que aspetos a ter em conta ao nível do conforto da pessoa vítima de trauma; Apresentação dos dados da análise da folha de registo de VV Trauma; Que medidas podem ser implementadas para melhorar os níveis de conforto; Análise de caso clínico real. O plano de formação e os instrumentos de avaliação da sessão encontram-se respetivamente nos apêndices 1 e 2.

Através da realização das sessões de formação acima descritas, tive oportunidade de divulgar o meu projeto, considerado de grande importância para o serviço uma vez que consegui sensibilizar os pares para esta temática promovendo a reflexão sobre o tema. A formação foi frequentada por 31 enfermeiros do serviço onde desenvolvi o estágio. Da avaliação das sessões pude concluir que cerca de 90% dos formandos consideraram o tema e os conteúdos abordados pertinentes e importantes para a prática de cuidados, sendo que cerca de 95% dos formandos responderam acertadamente às questões colocadas para aferição dos objetivos específicos da sessão de formação. Os objetivos a que me propus foram atingidos na sua generalidade através da avaliação do número de respostas certas que os formandos deram. O feedback da equipa foi bastante positivo, com grande receptividade por parte dos pares e houve oportunidade para partilha de experiências e de conhecimentos.

Assistir a PSC e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica e/ou falência orgânica, através do estabelecimento de uma relação terapêutica

Na possibilidade de comunicar com o doente o enfermeiro deve estabelecer uma relação terapêutica através da utilização de comunicação apropriada, transmitindo informação de forma clara e adequada ao grau de literacia em saúde do doente. Aquando da prestação de cuidados procurei

estabelecer uma relação terapêutica com o doente, permitindo que o doente verbalizasse sentimentos de modo a sentir-se reconfortado e apoiado. É de enfatizar a importância da participação do doente nos cuidados e na tomada de decisão, de forma a dar-lhe poder no seu processo de cuidados.

É impossível dissociar o doente da sua família e o enfermeiro serve de recurso à satisfação das necessidades da família. O cuidado à família assenta em três pilares fundamentais: assegurar que o familiar possa estar junto do doente; fornecer informações e suporte necessário; encorajar o envolvimento da família na prestação de cuidados (Benner et al., 2011). No SU verifiquei que os doentes têm junto de si um acompanhante/familiar, de acordo com a Lei nº 15/2014 que prevê o direito de acompanhamento por uma pessoa indicada pelo doente, ou na impossibilidade do doente poder escolher o acompanhante, o serviço deve promover o direito ao acompanhamento, podendo para esse efeito solicitar a demonstração do parentesco ou da relação com o utente invocado pelo acompanhante, que vai ao encontro da definição de família (*Lei nº 15/2014 de 21 de Março da Assembleia da República, 2014*).

No percurso de aquisição de competências na relação com a família procurei prestar cuidados de enfermagem no apoio emocional aos familiares da PSC através de uma comunicação interpessoal adequada e promovendo a presença da família junto do doente sempre que possível, permitindo a expressão de sentimentos. A relação terapêutica estabelecida com a família facilita a redução do medo e da angústia, o enfermeiro serve então de recurso à promoção do conforto da família do doente. Uma intervenção de enfermagem especializada envolve a identificação das necessidades de suporte da família e a facilitação do envolvimento da família nos cuidados e na tomada de decisão, articulando com a equipa a necessidade de pedir colaboração de outro profissional (capelão, psicólogo, assistente social). Verifiquei que existe uma preocupação presente por parte da equipa de enfermagem em permitir a visita dos familiares assim que o doente esteja estabilizado, fornecendo explicações sobre os procedimentos e acompanhar a família na sala de reanimação sempre que seja possível.

Para desenvolver competências relacionais com a família é necessário fazer um processo de aprendizagem baseado numa prática reflexiva. Deste modo realizei um jornal de aprendizagem sobre os potenciais benefícios da presença da família na sala de reanimação e perante procedimentos invasivos, resultando numa reflexão de uma experiência vivida durante o estágio, com recurso a revisão da literatura sobre o tema. O recurso ao Ciclo de Gibbs permitiu integrar e atribuir significados numa reflexão posterior à prática.

Através das atividades e estratégias acima descritas desenvolvi competências relacionais com a família como previsto no regulamento da OE das Competências Específicas na área de PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2010b) bem como o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da melhoria da qualidade dos cuidados ao nível da promoção de um ambiente terapêutico e seguro (Ordem dos Enfermeiros, 2010a).

Maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a PSC e/ou falência orgânica

Relativamente ao desenvolvimento de competências na área da prevenção e controlo de infeção colaborei na realização de procedimentos invasivos com respeito à técnica assética, cumprindo com as medidas de prevenção e controlo de infeção, bem como a lavagem e desinfeção das mãos. Estas medidas pretendem promover o controlo de infeção hospitalar através da prevenção das infeções adquiridas com os cuidados de saúde.

Devido ao espaço temporal em que desenvolvi o meu estágio neste SUP, tive oportunidade de participar ativamente nas últimas recomendações da DGS para a atuação perante um caso suspeito de infeção por vírus Ébola.

Devido à epidemia provocada pelo vírus Ébola que se verificou em 2014 na África Ocidental com elevada taxa de mortalidade (letalidade 25% a 90%) foram desenvolvidos mecanismos para detetar precocemente casos importados e impedir ou minimizar a ocorrência de casos secundários e de cadeias de transmissão da doença em Portugal. Mais recentemente foi emitido

pela DGS o Plano de Contingência Nacional do Setor da Saúde para a Doença do Virus Ébola com as últimas recomendações (Direção-Geral da Saúde, 2015). Sendo o SU a porta de entrada para qualquer caso suspeito de infeção por vírus Ébola foram criados planos de atuação e envolvidos os membros da Comissão de Controlo de Infeção e as equipas de enfermagem. Tive a oportunidade de reunir com os membros da Comissão de Controlo de Infeção e colaborei ativamente na conceção e operacionalização no terreno das recomendações da DGS para a atuação perante um caso suspeito de infeção, bem como participar na realização dos kits de equipamento de proteção individual a serem utilizados no SU. Assisti ainda a uma sessão de esclarecimento do Plano de Prevenção e Controlo de infeção por Ébola ministrada pelo Diretor Geral da Saúde.

O desenvolvimento de competências nesta área permite ir ao encontro do disposto no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2010b) e do documento da ESEL para o desenvolvimento de competências do CMEPSC (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010), onde se prevê que se desenvolvam competências na maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção da PSC através da participação na atualização do Plano de Prevenção e Controlo de Infeção com base em evidência científica recente.

2.2 Cuidar da Pessoa em Situação Crítica numa Unidade de Cuidados Intensivos

A medicina intensiva é uma área multidisciplinar e multiprofissional que diz respeito à abordagem e tratamento de doentes com ou em risco de falência orgânica ou multiorgânica por doença ou traumatismo. As UCI estão equipadas de forma a fornecer um elevado nível assistencial (técnico e terapêutico) a este grupo de doentes.

O segundo estágio realizou-se numa UCIP. Sendo uma UCI de nível III, apresenta equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada por intensivista e em presença física nas 24 horas, no mínimo um enfermeiro por cada dois doentes e a possibilidade de

acesso aos meios de monitorização invasiva, diagnóstico e terapêuticos necessários à prestação de cuidados integrais aos doentes (Direção Geral de Saúde, 2003). O serviço em questão tem 11 camas munidas de todo e equipamento preconizado para uma UCI deste nível.

Mais uma vez a casuística justificou a pertinência deste campo de estágio. Sendo uma UCIP corresponde a uma unidade altamente diferenciada que recebe preferencialmente pessoas vítimas de trauma grave e qualquer PSC com exceção dos doentes vindos de cirurgias cardio-torácicas ou com apenas TCE graves, uma vez que existem UCI específicas para esta população de doentes.

Como objetivo geral para este estágio defini: Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica em ambiente de cuidados intensivos, mais especificamente no âmbito da promoção do conforto da pessoa vítima de trauma. Os objetivos específicos para este estágio serão explanados no decurso deste subcapítulo assim como as estratégias e as atividades desenvolvidas para atingir as competências propostas. Em Anexo 2 surge o documento redigido pelo enfermeiro orientador relativo à apreciação do meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências durante o estágio na UCI.

Prestar cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e/ou risco de falência orgânica em ambiente de cuidados intensivos

O serviço de cuidados intensivos é o serviço de excelência para o acompanhamento da PSC onde se realizam técnicas diferenciadas que exigem uma vigilância e monitorização apertadas do doente. A monitorização hemodinâmica invasiva, imprescindível em cuidados intensivos é um dos motivos major para o internamento dos doentes numa UCI (Urden et al., 2014), permite aceder a parâmetros mais pormenorizados acerca do doente e refere-se à monitorização invasiva do sistema arterial e venoso, utilizada para medir pressões intracardíacas, intrapulmonares, intravasculares e também para determinar a eficácia do tratamento. Esta monitorização é feita por meio da

utilização de cateteres e transdutores que ligados ao sistema, mostram os resultados encontrados em forma de onda no monitor cardíaco (Azeredo & Oliveira, 2013; Bench et al., 2011). É indispensável que o enfermeiro saiba interpretar a morfologias das ondas, para poder analisar e responder adequadamente aos valores indicados no ecrã, sendo o responsável por garantir essa fidedignidade dos dados apresentados no monitor. A monitorização hemodinâmica invasiva pode ser indicativa de instabilidade ou risco de falência de órgãos. O enfermeiro deve “ser conhecedor, não apenas das técnicas necessárias a uma boa monitorização invasiva, como também deve ter um conhecimento teórico e científico para avaliar criticamente o doente” (Azeredo & Oliveira, 2013, p.54).

Na UCI onde decorreu o estágio os parâmetros habitualmente mais avaliados correspondiam à tensão arterial permanente através da linha arterial, a avaliação do débito cardíaco e da pressão venosa central pelo cateter venoso central. Por serem métodos invasivos não estão isentos de riscos ou complicações como a embolia gasosa, a hemorragia, a lesão dos tecidos pela sua colocação, a infeção dos cateteres, logo estar desperto para sinais de alerta pode minimizar as complicações. Para desenvolver competências nesta área e pela falta de experiência em monitorização invasiva procurei através da pesquisa bibliográfica aumentar os conhecimentos teóricos neste âmbito, posteriormente sustentado pela análise de casos clínicos e pela discussão com enfermeiros peritos aprofundei conhecimentos nessa área.

Por conseguinte o desenvolvimento de competências na área da monitorização invasiva permitiu desenvolver simultaneamente competências na identificação de focos de instabilidade e/ou de falência de órgãos da PSC como previsto no regulamento da OE (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

A UCI é o serviço indicado para o internamento da PSC que necessita de ventilação mecânica invasiva, logo o enfermeiro em cuidados intensivos deve possuir competências na área da ventilação mecânica invasiva. Cerca de 2/3 dos doentes internados em UCI encontram-se ventilados mecanicamente logo importa que o enfermeiro de cuidados intensivos tenha conhecimentos aprofundados acerca da função e das limitações do ventilador, dos modos, das

causas de desconforto respiratório e de sincronia com o ventilador, e da gestão adequada, com o objetivo de oferecer o cuidado centrado no doente (Grossbach et al., 2011). O reconhecimento imediato dos problemas e a intervenção do enfermeiro pode resolver um quadro de dificuldade respiratória aguda com aumento do trabalho respiratório, conduzindo à prevenção de eventos adversos.

Para desenvolver estas competências tive a possibilidade de prestar cuidados à pessoa com compromisso da função cardio respiratória, na gestão da ventilação mecânica, adaptando os modos ventilatórios às necessidades dos doentes. A discussão de casos clínicos com enfermeiros peritos com a intencionalidade de adquirir informação acerca da ventilação mecânica resultaram na aquisição de conhecimentos e competências nesta área.

Tive oportunidade de colaborar na prestação de cuidados à PSC em falência multiorgânica por choque séptico. Uma intervenção adequada para dar resposta imediata às necessidades do doente é fundamental para a recuperação do doente. Compreender a fisiopatologia das doenças, neste caso da sépsis, auxilia no levantamento dos diagnósticos de enfermagem de forma a adequar o plano de cuidados a estes doentes.

O choque séptico caracteriza-se por uma situação em que o doente com quadro de sépsis severa desenvolve hipotensão arterial refratária à reposição de fluidos adequada necessitando de drogas vasopressoras e inotrópicas para melhorar a contratilidade cardíaca (Kleinpell, Aitken, & Schorr, 2013; Urden et al., 2014). Quando não se intervém adequadamente na presença de sépsis severa ou de choque séptico o doente evolui para um quadro clínico de Síndrome de Disfunção Multiorgânica (Urden et al., 2014).

Procedi ainda à consulta das últimas *guidelines* (Dellinger et al., 2013) para abordagem do doente com sépsis grave, que resultou numa atualização da evidência científica mais recente sobre esta temática, onde é demonstrada a importância de uma deteção precoce e que a gestão da sépsis severa pode ser otimizada através da implementação de care blunders para uma adequada abordagem terapêutica. As mesmas *guidelines* enfatizam a importância do contato com os familiares do doente nas primeiras 72 horas. Os doentes

internados em UCI recebem cuidados altamente diferenciados, com tratamentos de suporte de vida agressivos e muitos devido à falência múltipla dos órgãos ou lesões neurológicas graves podem não sobreviver ou ver a sua qualidade de vida comprometida. Assim sendo a decisão de fornecer tratamentos de suporte de vida menos agressivos ou de retirar esses tratamentos pode ser no melhor interesse do doente e pode ser o desejo de alguns doentes e suas famílias, sendo por isso fundamental promover não só o cuidado centrado no doente, mas também envolver a família na tomada de decisão e facilitar a comunicação e entendimento entre a família do doente e a equipa de saúde (Dellinger et al., 2013).

Gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos na abordagem à PSC em ambiente de cuidados intensivos

Característico dos cuidados intensivos são as técnicas altamente diferenciadas dirigidas à PSC, exclusivamente realizadas naquele serviço, devido à sua especificidade e necessidade de vigilância.

Durante o estágio participei na execução de protocolos e técnicas complexas à PSC nomeadamente técnica de substituição renal através da técnica dialítica contínua por hemodiafiltração venovenosa contínua e *Extra Corporal Membran Oxygenation* (ECMO).

O ECMO permite efetuar as trocas gasosas com recurso a membranas sintéticas, para substituir as funções pulmonares temporariamente ineficientes (Bench et al., 2011). Tem sido usado para tratar doentes com falência cardiorespiratória que não respondem aos tratamentos convencionais, nomeadamente ao suporte farmacológico e à terapia ventilatória. Tradicionalmente a falência respiratória tem sido tratada com a ventilação mecânica, mas perante o seu insucesso o ECMO surge como uma alternativa (Berryman, 2010; Crawford & Harvey, 2012; Thiagarajan, Teele, Teele, & Beke, 2012).

Dada a especificidade desta técnica a utilização do equipamento de ECMO obriga a competências específicas nesta área. Segundo um parecer do

Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica da OE os enfermeiros com competências para utilizar o equipamento de ECMO devem ser enfermeiros com experiência comprovada em UCI e que tenham frequentado com aproveitamento um programa de formação com 25 horas de formação teórica e sessões práticas.

Ao abrigo do Artigo 7º do Despacho nº10319/2014 esta UCIP constitui-se como um centro específico para a realização de ECMO capaz de realizar a técnica de Oxigenação por Membrana Extracorporal, com resposta em menos de 12 horas (Despacho n.º 10319/2014 de 11 de Agosto do Ministério da Saúde, 2014). Foi possível observar a ativação destas orientações através da transferência de uma PSC que já se encontrava internada numa UCI para esta, exclusivamente para realizar esta técnica.

A prestação de cuidados à PSC com compromisso da função renal contribuiu para o desenvolvimento de competências e saberes ao nível da técnica de substituição renal ou hemodiafiltração venovenosa contínua. Os métodos dialíticos contínuos representam um grande avanço no cuidado à PSC, sobretudo pela grande vantagem da possibilidade de uma maior estabilidade hemodinâmica com remoção rápida de fluidos sem provocar hipotensão e com controlo rápido e mantido da azotémia. Esta técnica consiste na passagem do sangue venoso por um hemofiltro altamente poroso onde é separado e removido o excesso de eletrólitos, fluidos e toxinas (Urden et al., 2014). Se necessário são acrescentados fluidos através do fluido de reposição. Os cuidados de enfermagem prestados a estes doentes são dirigidos à vigilância dos acessos vasculares, manuseamento adequado do equipamento, deteção de complicações através da vigilância da monitorização hemodinâmica e resolução de problemas face a um alarme do equipamento.

A hipotermia terapêutica é também um protocolo terapêutico executado na UCIP onde decorreu o estágio no entanto por questões de casuística não presenciei a prestação de cuidados à PSC submetida a hipotermia terapêutica. Contudo tomei conhecimento do protocolo do serviço e o interesse pelo tema levou-me a aprofundar conhecimentos. A instituição de um protocolo de hipotermia terapêutica resulta das recomendações atuais da

American Heart Association (2010) - *American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care* - relativas aos cuidados pós reanimação e após paragem cardiovascular.

As atividades acima descritas permitiram desenvolver competências na área da gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos na PSC de acordo com o preconizado pelo OE no desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Especialista em PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2010b) e vai ao encontro dos objetivos do CMEPSC (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010).

Prestar cuidados especializados à PSC no âmbito da promoção do conforto, na gestão da dor e do bem-estar, em particular da pessoa vítima de trauma

A avaliação da dor em UCI pode-se constituir como um desafio para os profissionais de saúde, uma vez que na sua maioria os doentes não conseguem comunicar ou verbalizar as suas queixas.

A Behavioral Pain Scale (BPS) é uma escala frequentemente utilizada em UCI que pretende avaliar a dor dos doentes ventilados através da avaliação da expressão facial, movimentos dos membros superiores e sinais da adaptação ao ventilador com atribuição de um score, onde o valor mínimo é de três que corresponde a um doente sem dor e pode ir até 12 (dor máxima). Esta escala avalia igualmente o conforto. O alívio da dor é o resultado do cuidado confortador que proporciona um estado de bem-estar ao doente (Benner et al., 2011; Kolcaba, 2003).

Na prestação de cuidados especializados à PSC no âmbito da promoção do conforto foi privilegiado o alívio da dor pela otimização da utilização da BPS que permite aceder aos potenciais níveis de dor dos doentes ventilados e eventualmente sedados. Da análise da prática de cuidados da unidade detetei alguns défices nos registos de enfermagem quanto ao registo da dor, a mesma era quantificada através da BPS, no entanto para BPS iguais ou superiores a quatro, ou seja na presença de dor, nem sempre existiam registos de

identificação do possível tipo de dor, localização da mesma e intervenções realizadas.

A dor não controlada tem repercussões hemodinâmicas e pode ainda resultar em ansiedade, perturbações do sono, desadaptação ao ventilador, entre outros malefícios (Barr et al., 2013). Quando a dor não é comunicada ou dada a conhecer não há forma de agir em conformidade e esta condição pode levar ao aumento do tempo de ventilação mecânica invasiva e ao aumento do tempo de internamento em UCI de acordo com Barr et al. (2013).

É importante considerar que existem situações de cuidados passíveis de provocar dor como a aspiração de secreções, as mobilizações no leito a realização de pensos a feridas. A dor é um dos principais diagnósticos de enfermagem e os enfermeiros aprendem a avaliar o sofrimento, não só pela expressão dos doentes mas também pelo contexto da dor, das respostas fisiológicas dos doente e pela quantidade de medicação que foi administrada (Benner et al., 2011)

Na procura de desenvolver competências na gestão da dor e do bem-estar da pessoa vítima de trauma, procurei gerir juntamente com a equipa multidisciplinar as medidas farmacológicas e não farmacológicas no combate à dor. No que se refere a medidas farmacológicas os fármacos mais frequentemente utilizados em trauma são os opióides, benzodiazepinas, anestésicos e sedativos para realização de procedimentos invasivos tais como intubação orotraqueal bem como a gestão da ventilação e para alívio da dor provocada pelas lesões (Emergency Nurses Association, 2014). Os enfermeiros devem estar despidos para os efeitos secundários da medicação tais como: hipotensão, bradicardia, depressão respiratória, náuseas, vômitos e alucinações.

As medidas não farmacológicas no alívio da dor são concomitantemente medidas promotoras de conforto como o estabelecimento de uma relação de confiança, o segurar a mão, o alívio de zonas de pressão, o colocar um cobertor. As medidas não farmacológicas não substituem os fármacos, mas complementam-se. As medidas de conforto podem ser vistas como a primeira resposta ao doente crítico antes das intervenções médicas, logo os sedativos,

os analgésicos e os curarizantes não substituem as medidas de conforto. (Benner et al., 2011). Os analgésicos funcionam melhor se forem promovidas medidas de conforto em simultâneo, inclusivamente ajudam os doentes no desmame da medicação. Por sua vez, a ausência de medidas básicas de conforto pode diminuir a efetividade da medicação (Benner et al., 2011). Num ambiente tecnológico como o de uma UCI é necessário ter em consideração a necessidade da gestão do ambiente como a redução da luz durante a noite, o ruído dos monitores e de bombas infusoras e até mesmo a conversa entre os profissionais de saúde.

A pessoa vítima de trauma apresenta especificidades que determinam a adequação dos cuidados, uma vez que tem necessidades de conforto singulares devido à localização das lesões. Designadamente as pessoas vítimas de traumatismo vertebro medular que têm quase todos os sistemas afetados, as intervenções de enfermagem incluem necessariamente cuidados na nutrição, eliminação, integridade da pele, mobilidade e apoio psicológico.

Verifiquei que existe uma preocupação acrescida por parte dos profissionais de saúde na promoção do conforto das pessoas vítimas de traumatismo vertebro medular, que apresentam lesões causadoras de grandes níveis de desconforto devido também à obrigatoriedade da manutenção de dispositivos de imobilização. Os colares cervicais utilizados no pré hospitalar são substituídos por colares *philadelphia* ou *zimmer* assim que seja viável, considerados mais confortáveis que os anteriores. É atribuída especial atenção à prevenção de úlceras de pressão que é quase inevitável num doente que permanece vários dias em decúbito dorsal.

A otimização da ventilação e a adaptação da pessoa ao ventilador é outro indicador de conforto e é parte integrante de um dos parâmetros avaliados na BPS. A adaptação ao ventilador está intimamente ligada ao conforto dos doentes. Durante a prestação de cuidados pude verificar que quanto mais efetiva a adaptação ao ventilador for mais confortável o doente se encontra, que vai de encontro do que refere Grossbach et al. (2011). Um doente desconfortável por dor, ansiedade ou por outro motivo dificilmente se vai adaptar adequadamente ao ventilador.

A necessidade de incrementar os padrões de conforto dos doentes ventilados conduzem a questões relacionadas com a gestão da sedação. A sedação tem a função combinada de sedo-analgesia, uma vez que reduz a dor, o desconforto e a ansiedade, no entanto a sedação aumenta a predisposição para o aparecimento de delírio, aumenta o tempo de ventilação mecânica invasiva e consequentemente prolonga o internamento do doente em UCI (Grap et al., 2012)

O ambiente de cuidados intensivos é dotado de características que o tornam um serviço único e com problemáticas exclusivas como a gestão da dor, da agitação e do delírio. Muitos dos doentes internados em UCI encontram-se ventilados e concomitantemente sedados e analgesiados, para controlar a dor, a agitação e otimizar a adaptação ao ventilador. Contudo a terapêutica sedativa não é inócua pois pode desencadear delírio. Por sua vez a falta de sedação aumenta a ansiedade dos doentes, a agitação levando ao aumento do risco de extubação acidental e instabilidade hemodinâmica. Logo, os níveis de sedação devem ser adequados às necessidades individuais dos doentes e ao seu processo de doença (Grap et al., 2012).

A temática do delírio suscitou-me interesse por ser uma problemática em UCI que desconhecia e dada a pertinência do tema para a promoção do conforto. Realizei uma revisão da literatura acerca da Avaliação do Delírio dos doentes internados em UCI com vista à Promoção do Conforto da qual resultou a realização de um poster com o qual participei nas Jornadas do Doente Crítico no Hospital de Santa Maria que decorreram nos dias 22 e 23 de Janeiro de 2015. Com a apresentação do presente Poster fui premiada com o 1º prémio, tendo sido apontado pelo júri como um poster bem estruturado, atrativo do ponto de vista gráfico, abordava um tema pertinente em Cuidados Intensivos e acrescenta saber na procura de uma prática de excelência e na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. No anexo 3 encontra-se o certificado de participação nas jornadas e do prémio atribuído. O resumo e o Poster apresentados encontram-se respetivamente nos Apêndices 3 e 4.

A revisão da literatura da qual emergiu o poster foi realizada tendo como recurso a plataforma de base de dados EBSCOHost utilizando as

palavras-chave Delirium, Comfort, *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU) e Critical Care Nursing com seleção dos artigos com melhor adequação ao tema em estudo. Posteriormente realizei uma análise crítica com recurso à Teoria do Conforto de Kolcaba e ao quadro conceptual de Benner (*Providing Comfort Measures for the Critically and Acutely Ill*).

Da pesquisa emergiram achados significativos, onde se define o delírio como um síndrome confusional agudo e um problema frequente nos doentes internados em UCI. Encontra-se associado ao aumento da mortalidade, ao prolongamento do período de internamento e à disfunção cerebral a longo prazo (Gusmao-flores et al., 2011). Todavia é um tema subvalorizado e na sua grande maioria não diagnosticado (Olson, 2012).

Segundo a *Society of Critical Care Medicine* é recomendada a monitorização frequente do delírio através do uso de instrumentos de avaliação, tais como a escala CAM-ICU que se encontra validada para doentes ventilados e não ventilados sendo considerada um instrumento válido, fiável e de alto grau de precisão (Barr et al., 2013).

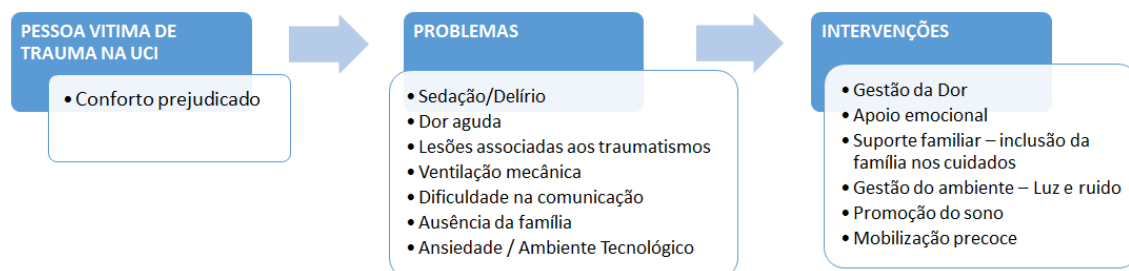
De acordo com as recomendações mais recentes, perante um caso de delírio está prevista a implementação de medidas não farmacológicas e farmacológicas (Barr et al., 2013). As intervenções de enfermagem que devem ser implementadas para reduzir o delírio correspondem a medidas de conforto como podemos verificar na obra de Benner et al. (2011). São elas a promoção do sono, a gestão do ambiente, utilizando estratégias para controlo da luz e do ruído. Não menos importante, a mobilização precoce e a remoção de imobilizações físicas.

O enfermeiro de cuidados intensivos encontra-se então numa posição privilegiada para promover o conforto do doente internado em UCI. A avaliação do delírio em UCI traduz-se em melhoria dos *outcomes* para o doente no que diz respeito à gestão do delírio, menor tempo de internamento e promoção do conforto nos seus vários domínios.

O planeamento dos cuidados da PSC internada em UCI bem como a pessoa vítima de trauma contempla a prestação de medidas de conforto atendendo às especificidades dos cuidados prestados em ambiente de

cuidados intensivos e tem em consideração as características intrínsecas do doente, bem como as necessidades de suporte da família, como é mostrado no diagrama seguinte.

Diagrama 3 – Planeamento de cuidados da pessoa vítima de trauma na UCI



Com as estratégias e atividades realizadas acima referidas foram desenvolvidas competências no âmbito da gestão da dor e do bem-estar da PSC, indo ao encontro dos regulamentos da OE (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, 2010b).

Assistir a PSC e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica e/ou falência orgânica, através do estabelecimento de uma relação terapêutica

É essencial comunicar com o doente, oferecendo informações de forma clara e adequada. No entanto, em ambiente de cuidados intensivos em muitas situações não é possível comunicar com o doente, por este se encontrar inconsciente ou sedado, logo a relação com o outro é unilateral e é marcada por ações que podem representar o cuidado confortador como o toque, o cuidado com pele e pelo cuidado à família.

Confortar a família do doente passa por inclui-la na tomada de decisão relativa aos cuidados. Os enfermeiros peritos nesta área entendem a família como uma extensão do doente. Todavia desenvolver estas competências é um desafio numa área altamente tecnológica onde os cuidados estão virados para as ameaças à vida do doente e à estabilização hemodinâmica do mesmo.

Portanto cuidar a família convida ao reconhecimento do cuidado holístico, ao mesmo tempo que desenvolve competências emocionais nos enfermeiros.

Em UCI a família tem grandes carências de suporte no momento em que o familiar é internado em UCI, contudo essas necessidades vão sofrendo alterações com o tempo, na medida em que a família sofre também ela um processo de adaptação à situação de doença (Keenan & Joseph, 2010; Meleis et al., 2000).

Para desenvolver competências na área do estabelecimento de uma relação terapêutica com o doente e com a família, realizei um jornal de aprendizagem acerca das necessidades da família do doente internado na UCI. Verifiquei que as necessidades da família assentam nos domínios do conforto, da proximidade, do apoio e da informação (Bailey, Sabbagh, Loiselle, Boileau, & McVey, 2010). A ansiedade gerada pela possibilidade de perda e da separação, bem como o internamento prolongado de doentes críticos são fatores que conduziram à necessidade de melhorar a comunicação entre todos os que estão envolvidos nos cuidados (Puggina et al., 2014). Os familiares pedem que os profissionais sejam diretos e honestos nas situações em que provavelmente o doente não irá recuperar (Henrich et al., 2011). Desmistificar alguns medos, oferecer a informação necessária com honestidade fortalece a relação com a família e oferece o apoio que a situação exige.

A presença da família ou de pessoas significativas pode contribuir para um bem-estar emocional da pessoa internada (Meleis et al., 2000). A hora da visita é um momento crucial para fortalecer relações entre os intervenientes no cuidado ao doente. Durante os períodos das visitas observei a postura dos enfermeiros responsáveis e procurei estabelecer uma relação de empatia com a família, demonstrando honestidade quanto à incerteza da evolução do estado clínico. Procurei centrar-me nas informações relativas aos cuidados de enfermagem, a informação fornecida teve em consideração a minha área de desenvolvimento profissional e o exercício de funções de acordo com o Código Deontológico de Enfermagem. Num registo de intervenção interdependente fiz o encaminhamento para outros profissionais da equipa.

As atividades realizadas procuraram dar resposta ao desenvolvimento de competências relacionais com a PSC e sua família como previsto no regulamento da OE (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

Maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção da PSC e/ou falência orgânica

De acordo com a World Health Organization (2005) uma em cada quatro pessoas internadas numa UCI tem um risco acrescido de adquirir uma infeção associada aos cuidados de saúde. A DGS aponta para o facto de doentes se tornarem cada vez mais vulneráveis às múltiplas infeções que podem adquirir nos locais onde ocorre a prestação de cuidados, sobretudo devido ao recurso a procedimentos mais invasivos, a terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora e aos internamentos subsequentes, principalmente em UCI (Direção-Geral da Saúde, 2007).

O reconhecimento da importância da lavagem das mãos e a implementação da utilização de medidas de proteção individual aquando da prestação de cuidados, é fundamental para a prevenção e controle de infeções associadas aos cuidados de saúde, tão frequentes em ambiente de cuidados intensivos. O uso consciente e racional das medidas de proteção individual bem como da realização de procedimentos cumprindo com a técnica assética contribui ainda para a redução destas infeções. Durante o estágio procurei atender a estes princípios, utilizando sempre o material descartável luvas, bata e máscara.

O desenvolvimento de competências na maximização da intervenção na prevenção e no controlo da infeção perante a PSC vai ao encontro do documento da ESEL para as competências do CMEPSC (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010) e do regulamento da OE (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na análise do percurso desenvolvido remeto-me para o questionamento prévio que me inquietou durante todo este processo de desenvolvimento de competências: Onde estou? Para onde caminho? Onde cheguei?

As respostas a estas questões parecem-me agora menos complexas e fez-me sentido pensar nesta lógica para perceber o salto qualitativo entre os vários níveis de competência que culmina no nível de perito, expectável para a conclusão com sucesso deste ciclo de estudos. Sinto-me mais competente, com uma apropriação de saberes mais consistente e consolidada.

A escolha de um tema para nortear este percurso não me desviou do meu foco principal, desenvolver competências na área da PSC, e possibilitou-me aprofundar conhecimentos na área da promoção do conforto à pessoa vítima de trauma, que devolve à enfermagem um cuidado de excelência na procura da individualização dos cuidados.

Considerando que as pessoas vítimas de trauma exigem cuidados de enfermagem diferenciados e complexos, a integração do enfermeiro como elemento da equipa de cuidados dedicada ao trauma é essencial como o profissional de saúde detentor de conhecimentos e competências que tem uma intervenção especializada. A promoção do conforto e o suporte psicossocial a estes doentes que se encontram em sofrimento rodeados de tecnologia e de pessoas desconhecidas assume extrema importância. É de enfatizar o papel das medidas promotoras de conforto enquanto intervenções autónomas de enfermagem, no bem-estar do doente e da sua família como nos mostra Kolcaba e Benner.

Para orientar o percurso de aquisição de competências foram definidos objetivos gerais e objetivos específicos adaptados a cada campo de estágio. Posso afirmar que os objetivos foram alcançados, tendo como referencial as competências previstas para o CMEPSC e os regulamentos emitidos pela OE, para as competências comuns dos enfermeiros especialistas e para as competências específicas na área da PSC. Foram desenvolvidas competências especializadas em diversas áreas, nomeadamente ao nível da

responsabilidade profissional, da melhoria contínua da qualidade, da gestão de cuidados, das aprendizagens profissionais, da promoção de ambiente seguro, do cuidar da PSC e da sua família e na prevenção e controlo da infeção. Cada um dos campos de estágio desempenhou um papel fundamental para o desenvolvimento pessoal e profissional tanto na área da PSC, como no âmbito da promoção do conforto da pessoa vítima de trauma.

Em retrospectiva, do estágio realizado em SU saliento que o contato com a maior parte dos casos clínicos não foi de todo uma experiência nova, contudo, a forma como vivenciei e integrei os novos conhecimentos resultaram de um processo reflexivo no decurso do desenvolvimento de competências. Da observação atenta da prática de cuidados foi possível atribuir outros significados a conceitos previamente apreendidos, uma vez que repensei na teoria implícita nas práticas e refleti sobre a minha forma de estar.

Relativamente ao estágio em UCI, devido à minha escassa experiência nessa área, o desafio foi maior e exigiu uma revisão da literatura acerca de temas e técnicas específicas. A discussão de temas entre peritos na área contribuiu para aprofundar saberes e o ganho foi maior face aos conhecimentos existentes.

Este relatório espelha o trabalho produzido, as interações estabelecidas durante os estágios, os momentos de reflexão e de aprendizagem, no fundo o culminar de uma apropriação de competências que se refletem agora na minha visão sobre a prática de cuidados, permitindo a aquisição e o desenvolvimento de competências previstas para o CMEPSC e competências específicas na área de especialização em Enfermagem à PSC.

E porque o caminho se faz caminhando, o meu percurso enquanto enfermeira que procura a qualidade dos cuidados não termina aqui, existe ainda um longo percurso a percorrer na procura da excelência dos cuidados. O desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências continua. Pretendo ainda criar sinergias para que aconteçam momentos de reflexão entre pares, partilhar os meus saberes e continuar a procura da atualização permanente com recurso à evidência científica mais recente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberto, A., Alexandra, C., Barros, M., Jorge, P., Manuel, P., & Vieira, S. (2009). Pessoa em fase final de vida : que intervenções terapêuticas de enfermagem no serviço de urgência ?, 47–56.
- American College of Surgeons - Committee on Trauma. (2012). *Advanced Trauma Life Support – Student Course Manual*. (American College of Surgeons, Ed.) (9th ed.). Chicago.
- American Heart Association. (2010). 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular Care Science. *Journal of the American Heart Association*, 122(18). Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21122196>
- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, 11(9), 61–67.
- Aro, I., Pietilä, A.-M., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2012). Needs of adult patients in intensive care units of Estonian hospitals: a questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, 21(13-14), 1847–58. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04092.x
- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária. (2014). Ano de 2013 Sinistralidade Rodoviária, 1–57.
- Azeredo, T. R. M., & Oliveira, L. M. N. (2013). MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA INVASIVA. *Sinais Vitais*, 44 – 54.
- Bailey, J. J., Sabbagh, M., Loiselle, C. G., Boileau, J., & McVey, L. (2010). Supporting families in the ICU: a descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. *Intensive & Critical Care Nursing : The Official Journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 26(2), 114–22. doi:10.1016/j.iccn.2009.12.006
- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., ... Jaeschke, R. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 41(1), 263–306. doi:10.1097/CCM.0b013e3182783b72
- Bench, S., Brown, K., Coombs, M., Cork, R., Crocker, C., Davies, A., ... Whaley, S. (2011). *Critical Care Nursing: learning from practice*. (S. Bench & K. Brown, Eds.). Chichester: Wiley- Blackwell.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P. (2004). Relational Ethics of Comfort, Touch, and Solace - Endangered Arts? *American Journal of Critical Care*.

- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A Thinking-in-Action Approach* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Berryman, S. (2010). Extracorporeal membrane oxygenation in a Scottish intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 15(5), 262–268.
- Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência. (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência*.
- CRASH-2 trial collaborators. (2010). Effects of tranexamic acid on death, vascular occlusive events, and blood transfusion in trauma patients with significant haemorrhage (CRASH-2) a randomised, placebo-controlled trial. *The Lancet*, 379, 23–32. doi:10.1016/S0140-6736(10)60835-5
- Crawford, D., & Harvey, B. (2012). A review of extracorporeal membrane oxygenation in the UK., 24(8), 18–23. Retrieved from <http://hdl.handle.net/2086/8047>
- Dellinger, R. P., Levy, M. M., Rhodes, A., Annane, D., Gerlach, H., Opal, S. M., ... Moreno, R. (2013). Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2012. *Critical Care Medicine*, 41(2), 580–637. doi:10.1097/CCM.0b013e31827e83af
- Despacho n.º 10319/2014 de 11 de Agosto do Ministério da Saúde, Pub. L. No. Diário da Republica: 2ª Série, Nº 153 (2014). Retrieved from www.dre.pt
- Despacho nº 1057/2015 de 2 de Fevereiro do Ministério da Saúde, Pub. L. No. Diário da República: 2ª Série, Nº 22 (2015). Retrieved from www.dre.pt
- Despacho nº 18 459/2006 de 12 de Setembro do Ministério da Saúde, Pub. L. No. Diário da Republica: 2ª Série, Nº 176 (2006). Retrieved from www.dre.pt
- Despacho Normativo nº 11/2002 de 6 de Março do Ministério da Saúde, Pub. L. No. Diário da Republica: I Série, Nº 55 (2002). Retrieved from www.dre.pt
- Direção Geral de Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos - Recomendações para o seu desenvolvimento*. (Direção Geral de Saúde, Ed.). Portugal: Gráfica Maiadouro.
- Direção Geral de Saúde. (2010). *Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado - Circular Normativa nº7*. Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde. (2007). Programa nacional de prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde, 2–20.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Portugal: Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números - 2013.

- Direção-Geral da Saúde. (2015). *PLANO DE CONTIGÊNCIA NACIONAL do Setor da Saúde para a Doença por Vírus Ébola*.
- Direção-Geral do Ensino Superior. (2015). Descritores Dublin. Retrieved May 20, 2015, from <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>
- Direcção-Geral da Saúde. (2001). Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência, 23. Retrieved from <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005661.pdf>
- Edlich, R. F., Mason, S. S., Vissers, R. J., Gubler, K. D., Thacker, J. G., Pharr, P., ... Long, W. B. (2011). Revolutionary advances in enhancing patient comfort on patients transported on a backboard. *The American Journal of Emergency Medicine*, 29(2), 181–6. doi:10.1016/j.ajem.2009.08.027
- Emergency Nurses Association. (2014). *TNCC - Trauma Nursing Core Course Provider Manual* (7th ed.). Des Plaines: ENA.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). Objectivos e competências do CMEPSC, 1. Retrieved from <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>
- Garrido, A., Simões, J., & Pires, R. (2008). *Supervisão Clínica em Enfermagem, Perspectivas Práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Grap, M. J., Munro, C. L., Wetzel, P. A., Best, A. M., Ketchum, J. M., Hamilton, V. A., ... Sessler, C. N. (2012). Sedation in Adults Receiving Mechanical Ventilation: Physiological and Comfort Outcomes. *American Journal of Critical Care*, 21(3).
- Grossbach, I., Chlan, L., & Tracy, M. F. (2011). Overview of mechanical ventilatory support and management of patient- and ventilator-related responses. *Critical Care Nurse*, 31(3), 30–44. doi:10.4037/ccn2011595
- Gusmao-flores, D., Jorge, V. I. I., Figueira, I., Dal-pizzol, I. I. I. F., Ritter, I. V. C., Cristiane, I. V., ... A, V. I. R. (2011). The validity and reliability of the Portuguese versions of three tools used to diagnose delirium in critically ill patients, 66(11), 1917–1922. doi:10.1590/S1807-59322011001100011
- Hemmes, B., Brink, P. R. G., & Poeze, M. (2014). Effects of unconsciousness during spinal immobilization on tissue-interface pressures: A randomized controlled trial comparing a standard rigid spineboard with a newly developed soft-layered long spineboard. *Injury*. doi:10.1016/j.injury.2014.06.006

- Hemmes, B., Poeze, M., & Brink, P. R. G. (2010). Reduced tissue-interface pressure and increased comfort on a newly developed soft-layered long spineboard. *The Journal of Trauma*, 68(3), 593–8. doi:10.1097/TA.0b013e3181a5f304
- Henrich, N. J., Dodek, P., Heyland, D., Cook, D., Rocker, G., Kutsogiannis, D., ... Ayas, N. (2011). Qualitative analysis of an intensive care unit family satisfaction survey. *Critical Care Medicine*, 39(5), 1000–5. doi:10.1097/CCM.0b013e31820a92fb
- Hesbeen, W. (2000). *CUIDAR NO HOSPITAL: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.
- International Council of Nurses. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). Retrieved from <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf>
- Ista, E., de Hoog, M., Tibboel, D., & van Dijk, M. (2009). Implementation of standard sedation management in paediatric intensive care: effective and feasible? *Journal of Clinical Nursing*, 18(17), 2511–20. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02836.x
- Johansson, M., & Kokinsky, E. (2009). The COMFORT behavioural scale and the modified FLACC scale in paediatric intensive care. *Nursing in Critical Care*, 14(3), 122–30. doi:10.1111/j.1478-5153.2009.00323.x
- Keenan, A., & Joseph, L. (2010). The needs of family members of severe traumatic brain injured patients during critical and acute care: a qualitative study. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 32(3), 25–35. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20865832>
- Kleinpell, R., Aitken, L., & Schorr, C. A. (2013). Implications of the New International Sepsis Guidelines for Nursing Care, 22(3), 212–222.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice - A Vision for Holistic Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178–84. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7930099>
- Kolcaba, K. Y., & Kolcaba, R. J. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16(11), 1301–10. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24053000>
- Lei nº 15/2014 de 21 de Março da Assembleia da República, Pub. L. No. Diário da Republica: I Série, Nº 57 (2014). Retrieved from www.dre.pt

- Lowe, L. M., & Cutcliffe, J. R. (2005). A concept analysis of comfort. In J. R. Cutcliffe & H. P. Mckenna (Eds.), *The Essencial Concepts of Nursing* (pp. 51–64). Elsevier.
- Malinowski, A., & Stamler, L. L. (2002). Comfort: exploration of the concept in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 39(6), 599–606. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12207758>
- Manuila, L., Manuila, A., & Lewalle, P. (2003). *Dicionário Médico* (3rd ed.). Lisboa: Climepsi.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K. H., & Schumacker, K. (2000). Experiencing Transitions : An Emerging Middle-Range Theory, 23(1), 12–28.
- Morse, J. M., Bottorff, J. L., & Hutchinson, S. (1994). The phenomenology of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 20(1), 189–195. doi:10.1046/j.1365-2648.1994.20010189.x
- Nunes, F., Meira, P., Martins, A., Carvalho, I., Saraiva, M., Silva, P., ... Ribeiro, G. (2009). *Manual de Trauma - Curso de Abordagem Integrada do Traumatizado para Enfermeiros* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Olson, T. (2012). Delirium in the intensive care unit: Role of the critical care nurse in early detection and treatment, 23(4), 32–37.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico: Anotações e Comentários*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *GUIA DE BOA PRÁTICA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM TRAUMATISMO VÉRTEBRO MEDULAR*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das Competências Cumuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Médicos. (2009). *Normas de Boa Prática em Trauma*. Lisboa: Ordem dos Médicos.
- Ordem dos Médicos, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos*. Lisboa: Ordem dos Médicos.

- Proctor, A., Morse, J. M., & Khonsari, E. S. (1996). Sounds of comfort in the trauma center: how nurses talk to patients in pain. *Social Science & Medicine*, 42(12), 1669–1680.
- Puggina, A. C., lenne, A., Carbonari, K. F. B. S. D. F., Parejo, L. S., Sapatini, T. F., & Silva, M. J. P. (2014). Perception of communication, satisfaction and importance of family needs in the Intensive Care Unit. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 18(2), 277–283. doi:10.5935/1414-8145.20140040
- Roche-Fahy, V., & Dowling, M. (2009). Providing comfort to patients in their palliative care trajectory: experiences of female nurses working in an acute setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 15(3), 134–41. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19537534>
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, (15), 1–38.
- Sallum, A. M. C., Santos, J. L. F. Dos, & Lima, F. D. De. (2012). Nursing diagnoses in trauma victims with fatal outcomes in the emergency scenario. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(1), 3–10. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22481715>
- Sallum, A. M. C., & Sousa, R. M. C. (2012). Nursing diagnoses in trauma victims in the first six hours after the event. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(2), 256–562.
- Silva, A. P. (2007). Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, (55), 11–20.
- Society of Trauma Nurses. (2013). *ATCN - Advanced Trauma Care for Nurses Student Manual* (2013th ed.). STN.
- Sousa, P. P. (2014). *O conforto da Pessoa Idosa: Projeto de Vivência e Cuidado Co-criado*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Thiagarajan, R. R., Teele, S. a., Teele, K. P., & Beke, D. M. (2012). Physical therapy and rehabilitation issues for patients supported with Extracorporeal Membrane Oxygenation. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, 5(1), 47–52. doi:10.3233/PRM-2012-0195
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2014). *Critical Care Nursing: Diagnosis and Management* (7th ed.). Missouri: Elsevier Inc.
- World Health Organization. (2004). Guidelines for Essential Trauma Care. doi:10.1097/01.TA.0000157822.40227.F2
- World Health Organization. (2005). WHO: guidelines on Hand Hygiene in Health Care (Advanced Draft): A Summary.

World Health Organization. (2009). Guidelines for trauma quality improvement programmes. doi:10.1097/TA.0b013e3181e1098d

Wright, A. J. (2011). Trauma resuscitations and patient perceptions of care and comfort. *Journal of Trauma Nursing : The Official Journal of the Society of Trauma Nurses*, 18(4), 231–8. doi:10.1097/JTN.0b013e31823a49eb

Yousefi, H., Abedi, H. A., Yarmohammadian, M. H., & Elliott, D. (2009). Comfort as a basic need in hospitalized patients in Iran: a hermeneutic phenomenology study. *Journal of Advanced Nursing*, 65(9), 1891–8. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05026.x

APÊNDICES

**APÊNDICE 1 - Sessão de Formação "Promoção do
Conforto da Pessoa Vítima de Trauma" no SU**

Tema: Promoção do Conforto da Pessoa Vítima de Trauma		
Objetivo geral/finalidade: <ul style="list-style-type: none"> · Conhecer a intervenção do enfermeiro na promoção do conforto da pessoa vítima de trauma no serviço de urgência 		
Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> · Apresentar a teoria de conforto de Kolcaba · Demonstrar as características específicas da pessoa vítima de trauma quanto à alteração dos níveis de conforto · Comparar os benefícios da utilização do comfort board em relação ao plano duro · Analisar os dados colhidos da folha de registo da via verde trauma · Identificar as medidas promotoras do conforto da pessoa vítima de trauma · Analisar um caso clínico, com vista à reflexão e melhoria dos cuidados prestados à pessoa vítima de trauma 		
Formadora: Ana Margarida Martins Matias		
Local: Serviço de urgência central do Hospital de Santa Maria		
Data e hora: 18, 19 e 20 de Novembro de 2014 às 11h		
Método: Expositivo e interativo		
Recursos: Computador e cópia de folha de registo da Via Verde Trauma		
Etapas	Atividades	Tempo
Introdução	Introdução do tema enquadrado no projeto com apresentação do objetivo geral e objetivos específicos da sessão	3 Minutos

Desenvolvimento	<p>Demonstração da Teoria do Conforto de Kolcaba</p> <p>Considerações específicas quanto ao conforto prejudicado da pessoa vítima de trauma</p> <p>Apresentação dos dados da folha de registo da Via Verde de Trauma</p> <p>Enumerar as medidas de conforto a implementar à pessoa vítima de trauma</p>	10 Minutos
Caso clinico/síntese	Análise de caso clinico e considerações finais	5 Minutos

Promoção do Conforto da Pessoa Vitima de Trauma

Mestranda: Ana Margarida Matias

Orientadora: Prof.ª Anabela Mendes
Enfª Ana Mirco

Novembro 2014

Objetivo geral:

- Conhecer a intervenção do enfermeiro na promoção do conforto da pessoa vítima de trauma no serviço de urgência

Objetivos Específicos:

- Apresentar a Teoria de Conforto de Kolcaba
- Demonstrar as características específicas da pessoa vítima de trauma quanto à alteração dos níveis de conforto
- Comparar os benefícios da utilização do Comfort Board em relação ao Plano Duro
- Analisar os dados colhidos da folha de registo da Via Verde Trauma
- Identificar as medidas promotoras do conforto da pessoa vítima de trauma
- Analisar um caso clínico, com vista à reflexão e melhoria dos cuidados prestados à pessoa vítima de trauma

Teoria do Conforto de Kolcaba

O conforto é **um estado** onde estão **satisfeitas as necessidades básicas** relativas ao alívio, tranquilidade e transcendência nos quatro contextos da experiência. É definido como a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto, que corresponde ao resultado holístico da intervenção do enfermeiro.

Tipos de conforto:

- ▶ **Alívio** – condição da pessoa que vê satisfeita uma necessidade específica
- ▶ **Tranquilidade**: estado de calma ou contentamento
- ▶ **Transcendência**: condição na qual a pessoa ultrapassa os seus problemas ou sofrimento

Contextos:

- ▶ **Físico**: referente às sensações corporais
- ▶ **Psicoespiritual**: respeitante à consciência de si como auto estima
- ▶ **Sociocultural**: relativo a relações interpessoais
- ▶ **Ambiental**: Referente ao meio, condições e influências externas

Kolcaba (1994; 2003)

Que aspetos a ter em conta no conforto da pessoa vítima de trauma?

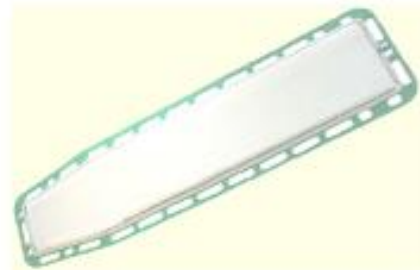
- ▶ Experimentam sentimentos de medo, fragilidade, vulnerabilidade e sofrimento (Paiva et al, 2010)
- ▶ Subitamente afastados do ambiente socio-familiar
- ▶ Dor relacionada com as lesões traumáticas e com os procedimentos médicos invasivos (Wright, 2011)
- ▶ Presença de dispositivos de imobilização causadores de desconforto: plano duro, colar cervical
- ▶ Pessoa vítima de trauma grave com suspeita de TVM permanece em média 77 minutos sobre o plano duro (Edlich et al, 2011).

Plano Duro VS Comfort Board



- ▶ Dor/Desconforto
- ▶ Risco de aparecimento de úlceras de pressão

(Edlich et al, 2011)



- ▶ Plano duro com colchão incorporado com possibilidade de ser aquecido
- ▶ Redução de desconforto e de zonas de pressão

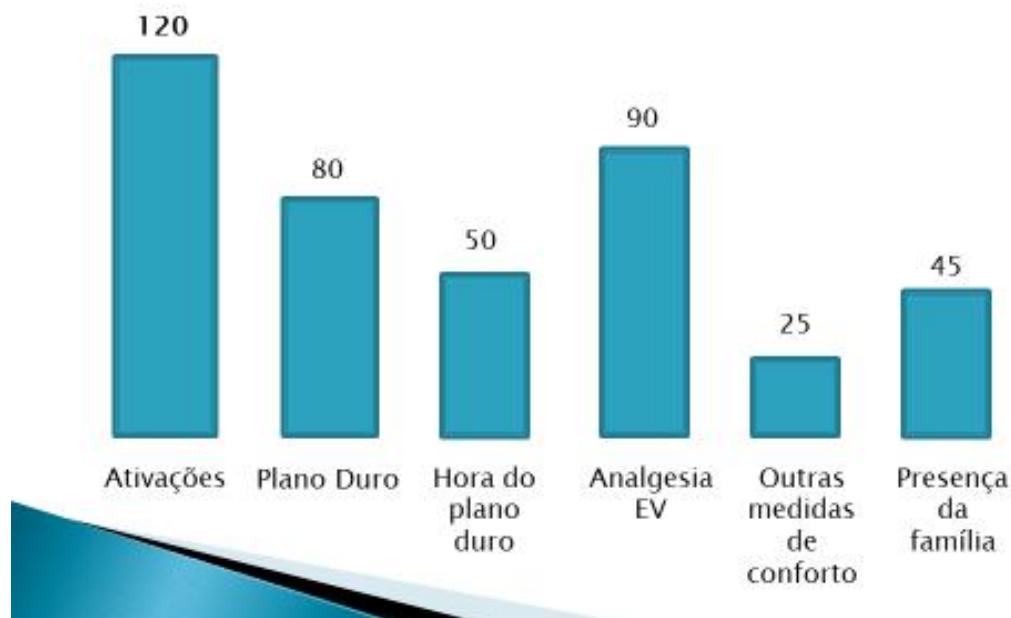
(Hemmes, Poeze, & Brink, 2010)

Dados Via Verde Trauma

21 de Julho a 23 de Outubro 2014 – 120 ativações

- ▶ Doentes com plano duro: 80
- ▶ Registo da hora de colocação plano duro: 50
- ▶ Medidas de conforto farmacológicas: 90 (+ comuns paracetamol EV e opiáceos EV)
- ▶ Medidas de conforto não farmacológicas: 25 (posicionamento, aquecimento, apoio psicológico, imobilização de membros)
- ▶ Presença da família: 45

Dados Via Verde Trauma



Medidas de conforto

- ▶ Toque e comunicação com o doente
- ▶ Avaliar a dor e registar utilizando uma escala da dor
- ▶ Administração de analgesia prescrita
- ▶ Remoção precoce de dispositivos de imobilização causadores de desconforto
- ▶ Substituição do colar cervical
- ▶ Remoção de pequenos objetos causadores de dor como estilhaços de vidro, pequenas pedras
- ▶ Gestão do ambiente: aquecimento da sala e cobertores aquecidos, gestão do ruído
- ▶ Posicionamento
- ▶ Promoção da presença da família
- ▶ Importância dos registos

Caso Clínico Real

Jovem de 16 anos que sofreu queda do qual resultou traumatismo lombar com parestesias dos membros inferiores. Deu entrada às 12h45 na sala de trauma tendo sido ativada a VVT por suspeita de TVM. Colocado plano duro nesse momento.

Realizou TAC lombo sagrada e foi para o SO da Pediatria às 16h20, momento em que retirou o plano duro.

Posteriormente realizou RM, exames sem alterações. Teve a presença permanente da mãe.

Referiu queixas álgicas na região lombar e desconforto por se encontrar no plano duro, foi medicada com analgesia EV com algum benefício.

Ao nível do conforto desta doente que aspetos a melhorar?

Referências bibliográficas

- Edlich, R. F., Mason, S. S., Vissers, R. J., Gubler, K. D., Thacker, J. G., Pharr, P., ... Long, W. B. (2011). Revolutionary advances in enhancing patient comfort on patients transported on a backboard. *The American Journal of Emergency Medicine*, 29(2), 181–6. doi:10.1016/j.ajem.2009.08.027
- Emergency Nurse Association. (2007). *TNCC – Trauma Nursing Core Course Provider Manual* (6ª ed.). Des Plaines: ENA.
- Hemmes, B., Poeze, M., & Brink, P. R. G. (2010). Reduced tissue–interface pressure and increased comfort on a newly developed soft–layered long spineboard. *The Journal of Trauma*, 68(3), 593–8. doi:10.1097/TA.0b013e3181a5f304
- Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178–84. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7930099>
- Paiva, L., Cristina, M., Costa, S., Aparecida, R., & Dantas, S. (2010). Experiência do paciente politraumatizado e suas consequências. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(6).
- Wright, A. J. (2011). Trauma resuscitations and patient perceptions of care and comfort. *Journal of Trauma Nursing: The Official Journal of the Society of Trauma Nurses*, 18(4), 231–8. doi:10.1097/JTN.0b013e31823a49eb

APÊNDICE 2 – Instrumentos de Avaliação da Sessão de
Formação "Promoção do Conforto da Pessoa Vítima de
Trauma" no SU

Formador: Ana Margarida Martins Matias

Data: 19 de novembro de 2014

Hora: 10h

Na avaliação que faz da sessão formativa, qual a **sua opinião** relativamente a:

	NS	S	B	MB
Pertinência do tema da sessão				
Aspetos abordados na sessão				
Metodologia utilizada				
Duração da sessão				
Capacidade de apresentação da formadora				
Importância para os cuidados de enfermagem				

Legenda: NS- Não Satisfaz; S - Satisfaz; B - Bom; MB - Muito Bom

Sugestões relativamente à formação:

Obrigado pela disponibilidade!

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

PROMOÇÃO DO CONFORTO DA PESSOA VÍTIMA DE TRAUMA

Refira uma intervenção de enfermagem potencial causadora de desconforto à pessoa vítima de trauma.

Quais os dispositivos de imobilização referidos como redutores dos níveis de conforto?

Diga uma medida promotora do conforto no contexto físico e uma medida promotora do conforto no contexto socio cultural da pessoa vítima de trauma.

**APÊNDICE 3 – Resumo do Poster “Avaliação do Delírio do
Doente em UCI com vista à Promoção do Conforto ”**

Resumo do Poster

AVALIAÇÃO DO DELÍRIO DO DOENTE EM UCI COM VISTA À PROMOÇÃO DO CONFORTO

Ana Margarida Martins Matias – RN, MNSc Student: Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica na ESEL

Anabela Mendes - PhD, MNSc, RN, Prof. Adjunta ESEL [Orientadora]

Introdução

Em UCI a gestão da analgesia, da sedação e do delírio visam o conforto do doente nos seus vários domínios.¹ O delírio é definido como um estado confusional agudo que afeta um número elevado de doentes internados em UCI, no entanto na maioria dos casos não é diagnosticado.²

Objetivo

Garantir o conforto do doente internado em UCI com recurso à utilização de escalas de avaliação do delírio e consequente implementação de medidas promotoras de conforto.

Método

Pesquisa na base de dados EBSCOHost com seleção dos artigos com melhor adequação ao tema em estudo. Análise crítica com recurso à teórica de referência Katherine Kolcaba³ e ao quadro conceptual de Patricia Benner⁴.

Resultados

Os doentes submetidos a ventilação mecânica experienciam níveis elevados de desconforto, que podem precipitar a instalação do delírio.⁵ O delírio, por sua vez, encontra-se descrito como redutor dos níveis de conforto pelas alterações cognitivas que provoca.⁶ Para realizar a avaliação frequente do delírio dos doentes em UCI foi desenvolvida a escala CAM-ICU (*Confusion Assessment Method for the ICU*), considerada o instrumento de avaliação mais válido e fiável para monitorizar o delírio.⁷ Verifica-se que através da gestão do delírio são implementadas medidas promotoras do conforto destes doentes.^{1,2,6,7}

Conclusão

Com a realização do presente poster, posso realçar a posição privilegiada do enfermeiro de cuidados intensivos na promoção do conforto do doente internado em UCI através da utilização de escalas de avaliação do delírio e da sua atuação em conformidade.

Referências Bibliográficas

- ¹ Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., ... Jaeschke, R. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 41(1), 263–306. doi:10.1097/CCM.0b013e3182783b72
- ² Olson, T. (2012). Delirium in the intensive care unit: Role of the critical care nurse in early detection and treatment, 23(4), 32–37.
- ³ Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice - A Vision for Holistic Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
- ⁴ Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). Providing Comfort Measures for the Critically and Acutely Ill. In *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A thinking-in-action Approach* (2nd ed., pp. 215–265). New York: Springer Publishing Company.
- ⁵ Randen, I., Lerdal, A., & Bjørk, I. T. (2013). Nurses' perceptions of unpleasant symptoms and signs in ventilated and sedated patients. *Nursing in Critical Care*, 18(4), 176–86. doi:10.1111/nicc.12012
- ⁶ Elliott, D., Aitken, L. M., Bucknall, T. K., Seppelt, I. M., & Webb, S. A. R. (2013). Patient comfort in the intensive care unit : a multicentre , binational point prevalence study of analgesia , sedation and delirium management. *Critical Care and Resuscitation*, 15(3), 213–219.
- ⁷ Vasilevskis, E. E., Morandi, A., Boehm, L., Pandharipande, P. P., Girard, T. D., Jackson, J. C., ... Ely, E. W. (2011). Delirium and sedation recognition using validated instruments: reliability of bedside intensive care unit nursing assessments from 2007 to 2010. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59 Suppl 2, S249–55. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03673.x

**APÊNDICE 4 – Poster “Avaliação do Delírio do Doente em
UCI com vista à Promoção do Conforto ”**

ANEXOS

**ANEXO 1 – Apreciação do processo de
aquisição/desenvolvimento de competências no SU**



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A mestrandada teve uma boa integração no serviço e na equipa. O facto de ter várias pessoas responsáveis pela sua orientação revelou-se uma mais valia pelo menor nº de oportunidades de aprendizagem e de divulgação do seu projeto. Na relação a este, foi de grande importância para o serviço uma vez que conseguiu sensibilizar os seus pares para a temática promovendo uma reflexão muito positiva. Conseguir desenvolver competências no cuidado especializado ao doente crítico e vítima de trauma, através das actividades desenvolvidas e pela total integração na equipa. Colaborou ativamente na concepção e operacionalização no terreno das recomendações para a abordagem em caso de infeção por ébola. O trabalho desenvolvido ao longo destas 8 semanas de estágio, pela atitude crítica e pela sua postura sempre correta perante as várias situações, considero que este estágio merece a avaliação de Muito Bom.

Data: 28/11/2014

Tutor

Condomine

Orientador

Assinatura

UH

Estudante

Ana Margarida Matias

AM

**ANEXO 2 – Apreciação do processo de
aquisição/desenvolvimento de competências na UCI**



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O aluno demonstrou ao longo do período de estágio ter ficado sensibilizado/ adquirindo algumas competências do E.N.F. de cuidados intensivos, bem como ter compreendido algumas das problemáticas/especialidades envolvidas no tratamento do doente crítico. Contactou com técnicos e enfermeiros de cuidados intensivos (HDFURC, AICMO) tendo colaborado na prestação de cuidados a este tipo de doentes.

No global pensa ter atingido os seus objetivos e de uma forma mais abrangente teve a oportunidade de contactar com diversas situações clínicas, não só as do âmbito do seu projeto. Nesse sentido avalia o estágio globalmente com uma nota Bom.

Data:

11/02/15

Tutor

Isabel Jerro

Orientador

Assinatura

[Assinatura]

Estudante

Ana Margarida Martins

[Assinatura]

**ANEXO 3 – Certificado de participação em jornadas e do
prémio recebido pelo melhor poster apresentado**

Certificado

Certifica-se que Ana Margarida Matias participou nas **9^{as}. Jornadas do Doente Critico** do Centro Hospitalar Lisboa Norte, realizadas nos dias 22 e 23 de janeiro de 2015 com a apresentação do poster intitulado “Avaliação do Delirio do doente em UCI com vista à promoção do conforto”, premiado com o **1º. Lugar** de “melhor poster apresentado”.



Prof. Dr. Carlos França
Presidente das Jornadas